

Capítulo III

*La discapacidad: en la perspectiva de los
determinantes sociales de la salud*

Consuelo Vélez Álvarez • José Armando Vidarte Claros

La salud y su abordaje ha sido un asunto relevante en las agendas de trabajo de los principales organismos internacionales que velan por la infancia, la adultez y la vejez. Más aun cuando muchos de los hallazgos que hay tienen que ver con aspectos que la deterioran y que se constituyen en factores de riesgo que determinan socialmente la vida de personas con discapacidad. De allí que se haga necesario vincular los determinantes sociales de la salud con el fenómeno discapacidad.

Para Álvarez (1) hablar de determinantes sociales de la salud y de la discapacidad, es hacer un abordaje de una estrategia que busca aplicar el conocimiento científico acumulado en relación a las causas últimas o estructuras de los problemas de salud y de recuperar estrategias de salud para todos. El mismo autor manifiesta, retomando algunos presupuestos de la comisión de determinantes sociales de la salud de 2006, que lo que se busca es establecer aquellos elementos de la estructura social que condicionan la posición que las personas alcanzan en la sociedad y que tienen un efecto directo en la distribución de los problemas o de los factores protectores de la salud.

El presente capítulo se aborda como resultado del proceso investigativo titulado “Determinantes Sociales de la Salud (DSS) y discapacidad en seis ciudades de Colombia: Resultados desde el registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad. Estudio multicéntrico”. Para su desarrollo se establece primero, la mirada desde el contexto epidemiológico de la discapacidad, donde se muestran registros y datos a nivel universal, nacional y local de la discapacidad; segundo, el contexto social de la discapacidad donde juega un papel fundamental en la definición de lo que consideramos o no discapacidad, y tercero, los determinantes sociales de la salud y la discapacidad como resultados del proceso investigativo.

CONTEXTO EPIDEMIOLÓGICO DE LA DISCAPACIDAD

Son muchas las cifras que han evidenciado el comportamiento epidemiológico y la magnitud de la discapacidad en el contexto mundial, derivadas de diferentes fuentes como son los estudios censales, encuestas de población o muestras de población con mayor o menor grado de representatividad (2).

En el año de 1976 el dato más citado de prevalencia de la discapacidad fue el de la OMS, que corresponde al 10 % de prevalencia global, es decir, de la población de cada país, aproximadamente el 10 % presenta algún tipo de discapacidad (3,4). El Informe Mundial de la Discapacidad de la OMS, presenta que más de mil millones de personas en el mundo poseen algún grado de discapacidad, y de estas, 200 millones de personas aproximadamente tienen alguna dificultad considerable en su funcionalidad. El Banco Interamericano de Desarrollo en el 2010 publicó que unos 600 millones de personas en el mundo presentan algún tipo de discapacidad, el 80 % de ellas vive en países de bajos ingresos, la mayoría son pobres y no tienen acceso a servicios básicos ni a servicios de rehabilitación (5).

Se estima que las enfermedades crónicas representan el 66,5 % de todos los años vividos con discapacidad en los países de ingresos bajos y medianos (6,7). En América Latina se ha informado que aproximadamente 85 millones de personas tienen algún tipo de discapacidad (8).

Las prevalencias más altas de discapacidad son: Brasil 23,9 %, Chile 12,9 % y Ecuador 12,1 %; y las más bajas son: Cuba con 3,3 %, Honduras 2,3 % y Paraguay 0,99 % (9). Para fines del siglo XX la Organización Panamericana de la Salud (OPS) calculó que unos 83 millones de personas con discapacidad vivían en la región de las Américas, y 53 millones de ellas en Latinoamérica y el Caribe. En cuanto a esta última región, la información sobre la discapacidad es limitada, así como en la mayoría de los países en desarrollo (10).

Se sabe que la incidencia y las consecuencias de la discapacidad se encuentran estrechamente relacionadas con factores sociales y se presentan con mayor frecuencia en zonas de bajos ingresos y bajo nivel educativo al tener mayor exposición a diversos factores de riesgo (11). Esta situación está directamente relacionada con la pobreza que se vive en muchos de los países de la región. De hecho, es de amplio conocimiento que la discapacidad tiene una relación directa con la pobreza (12).

La pobreza definida como un insuficiente ingreso económico (renta), generalmente tomando como referencia una cifra absoluta o relativa a la capacidad adquisitiva que otorgaba y que ha sido la perspectiva tradicional para examinar la pobreza es de utilidad limitada para el análisis y la acción en salud de la población. Amartya Sen (13) desarrolla una nueva perspectiva de la pobreza que es más potente para el trabajo en salud de la población. Se define la pobreza como «la privación de capacidades básicas, privación de la cual reconoce que la falta de renta es una de las principales causas, mas no la única» (13).

Uno de los problemas que ha dificultado la consolidación de los perfiles en discapacidad en el contexto internacional se encuentra representado en la imposibilidad de tener fuentes fidedignas de información y en la utilización de variados métodos de análisis tal como lo expresa el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) en su informe 2010 (14) cuando presenta las cifras de prevalencia de discapacidad en algunos países de Latinoamérica, con datos que pasan de 13,1 % en Perú en 1993 a Costa Rica con un 9,3 % para 1998 y llega a la más baja para Colombia en 1993, de 1,2 % (14).

El Ministerio de Salud de Colombia en 2002, citado por el DANE-1999 (15), con base en el estimativo del 12 % para la población mundial, calculó que cerca de cuatro millones y medio de personas presentan algún tipo de limitación. Las cifras de la población en situación de discapacidad proce-

den de diferentes fuentes, entre ellas el Censo Poblacional DANE-1993 que estableció que cerca de 600.000 personas aproximadamente (1,9 % de la población de entonces) presentaba discapacidad (15).

Además de la información censal, en Colombia se viene implementando el registro continuo para la localización y caracterización de las personas con discapacidad (16) como una herramienta técnica que facilita los procesos de planificación en los territorios a favor de este grupo poblacional. Es una práctica novedosa en la región latinoamericana, por cuanto las fuentes generalmente utilizadas no han rebasado los marcos de las encuestas de prevalencia y los censos nacionales. Con el registro, se puede identificar de manera adecuada a las personas que en los municipios deben ser registradas. En un principio los territorios partían de la información que podían obtener de listados o directorios de personas elaborados con anterioridad, en los cuales aparecían datos básicos como nombres, documento de identidad, edad, discapacidad, dirección, etc.

Para Gómez Beltrán (16), “La experiencia ganada por el registro en los trabajos de campo en los municipios, y la permanente actualización teórica del concepto de discapacidad, nos indica que esta es tal vez la mejor forma de identificar las personas con discapacidad para efectos estadísticos”. A partir de 2003 se inició el proceso de implementación, a 2008 cerca de 800 municipios iniciaron el proceso de registro y se disponía a 2009 de aproximadamente 670.000 formularios diligenciados (17).

Con el fin de entregar a los territorios una metodología que permita asegurar la cobertura del registro de discapacidad, con base en la información del Censo General 2005, se realizó una prueba de campo (18), en las ciudades de Cali (Valle del Cauca), Dosquebradas (Risaralda), Barbosa (Santander), el Peñol (Antioquia), Santa Lucía (Atlántico) y Leticia (Amazonas). Según el CONPES 80, el diagnóstico de la situación actual de discapacidad

presenta varias dificultades principalmente por las limitaciones de los sistemas de información, prevención, falta de articulación entre los diferentes sectores y el Estado, situación que dificulta que se encaminen adecuadamente las políticas públicas alrededor de la discapacidad.

Por su parte en censo realizado en el año 2005 estimó una tasa de prevalencia de discapacidad del 6,4 % para la población colombiana (41.242.948 personas) basada en las personas que reportaron mínimo una limitación permanente para realizar alguna actividad de la vida diaria que en cifras absolutas corresponde aproximadamente a 2.639.548 personas (18).

Los únicos datos que muestran información relacionada con la discapacidad en Colombia, se extraen del consolidado del Registro para Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad (RLCPD), realizado por la Fundación Saldarriaga Concha y la Fundación Santa Fe en 2009 (19). Los principales resultados de este trabajo muestran que durante el período 2002-2008, se habían obtenido 750.378 registros de personas en situación de discapacidad de 829 municipios del país; según estos reportes, la población con discapacidad en su mayoría es de escasos recursos, pertenece en general a los estratos 1 y 2, un gran porcentaje no se encuentra afiliada al SGSSS, se encuentran ubicados en las cabeceras municipales y el grupo de edad más afectado es el de los mayores de 60 años, principalmente del género femenino, prevalece un bajo nivel educativo en la población registrada y se encuentra un alto porcentaje de inasistencia escolar.

Del mismo modo, el desempleo es uno de los principales problemas que aqueja a esta población, donde cerca del 70 % de las personas en situación de discapacidad se encuentran desempleadas o excluidas de la fuerza laboral. Según los resultados de este consolidado, el 4,2 % de la población mayor de 10 años, se encuentra buscando trabajo, y quienes están trabajando son en su mayoría hombres.

En el mismo documento la Fundación Saldarriaga Concha y la Fundación Santa Fe de Bogotá revisan el módulo acerca de discapacidad de la Encuesta Nacional de Salud del Ministerio de la Protección Social (2007), en la cual se analizan determinantes de funcionamiento y discapacidad percibida de acuerdo a la severidad de las dificultades, así como algunos determinantes sociodemográficos. Señala la encuesta que del total de encuestados (750.378), el 47,5 % de la población fueron hombres y el 52,5 % mujeres, en quienes prevalecen las dificultades de tipo leve y moderada, siendo las dificultades para bañarse, vestirse y mantener una amistad, las que más sobresalen.

En este orden de ideas, la distribución por sexo de las personas que respondieron tener algún grado de dificultad, muestra que en el caso de las mujeres se presentan en mayor proporción las dificultades para realizar bien las actividades de la casa y estar de pie durante largos períodos de tiempo.

Con respecto al estado de salud, las personas con dificultades extremas para bañarse y vestirse son quienes reportan percibir el peor estado de salud en los últimos 30 días, en comparación con las personas que presentan dificultades leves o moderadas. La Encuesta Nacional de Salud del Ministerio de la Protección Social (2007) (20) reveló que de las alteraciones permanentes las más frecuentes son: del movimiento del cuerpo, 48,8 % (366.437); las del sistema nervioso, 41,7 % (312.976), y la visión con 40,9 % (307.432). De igual forma el 30,5 % (228.632) refirió las alteraciones en el movimiento del cuerpo, manos, brazos y piernas como aquellas que más les afectaba, seguidas por el sistema nervioso 20,5 % (154.015) y el sistema cardiorrespiratorio y las defensas con 14,9 % (112.385).

La distribución por grupos de edad, muestra que los grupos de 0 a 4 años, 5 a 14 y 15 a 44 años tienen una mayor proporción de alteraciones de la

voz y el habla; el grupo de 45 a 59 años de alteraciones en la digestión y el sistema cardiorrespiratorio y en los mayores de 60 años de alteraciones en el sistema cardiorrespiratorio, oídos, movimiento, ojos, etc. En relación con los determinantes sociales de la salud esta situación se encuentra supeditada a las malas condiciones de vida, las dificultades en el acceso a los servicios de salud, el bajo nivel educativo y limitadas posibilidades de empleo que agravan de manera sustancial la evolución del problema (4,8,12).

Con base en el estimativo del 12 % para la población mundial, el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), calculó que cerca de cuatro millones y medio de personas presentan algún tipo de limitación. Las cifras de la población en situación de discapacidad proceden de diferentes fuentes, entre ellas el Censo Poblacional DANE-1993 que estableció que cerca de 600.000 personas aproximadamente (1,9 % de la población de entonces) presentaba discapacidad (18,20).

Durante 2004 y 2005, el DANE realizó el Registro para la Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad (RLCPD) en todo el país. Los resultados mostraron una prevalencia para el total de la población de 6,3 %, en hombres de 6,6 % y en mujeres de 6,1 % (18,20). A continuación se presentan algunos datos epidemiológicos, correspondientes a los contextos regionales que participaron en el estudio de investigación:

Según la Fundación Saldarriaga Concha (19), el municipio con menor nivel de exclusión en Caldas, es el de Manizales con el 35,44 % de personas excluidas, y el de mayor nivel de exclusión fue el de Victoria con el 82,17 %, constituyéndose esta situación en un indicador de Capital Humano, que indica que el Departamento se encuentra en nivel 2 (medio-bajo) de exclusión (49,47 %). En Manizales entonces, según esta cifra de Capital Humano, se encuentra un 64,56 % de población con discapacidad, incluida y activa.

En Manizales, con los datos brindados por la Secretaría de Salud Pública con el apoyo del Ministerio de Protección Social y el DANE, la Alcaldía de Manizales realizó un registro poblacional para localizar y caracterizar las personas en situación de discapacidad en el año 2008 (18), con base en el Censo nacional de 2005. Se obtuvo en Manizales un total de 19.480 personas para una prevalencia del 5,35 %. En el registro de discapacidad hay un total de 6.150 personas con limitaciones en la ficha de Manizales, según la Dirección de censos y demografía del DANE (19).

En cuanto al departamento del Atlántico, con cifras de población de 1.694.675 según el DANE, con un 42 % de la población total desplazada y discapacitada atendida por el Fondo Nacional de Regalías; afiliación a seguridad social 80 %, con comportamientos acelerados en algunos de estos indicadores cuando se les compara con otros años. Según el Registro para la Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad del DANE en el año 2003, el Atlántico presenta un promedio entre el 3,6 y 5,25 % de personas con discapacidad menor al promedio nacional; existen 106.954 personas (5,1 %) con alguna limitación, indicador que se encuentra también por debajo del promedio nacional, pero sigue siendo un porcentaje significativo de acuerdo al total de la población del Departamento. La mayor concentración de esta población se presenta en Barranquilla (55,7 %) y los municipios de Soledad (17,1 %) y Malambo (5,4 %) (19).

En el departamento de Boyacá a través de la Secretaría de Salud y el Sistema de Información Comunitaria en Atención Primaria según Barrera (20), el objetivo fue promover el desarrollo de competencias de cuidado en las familias boyacenses que permita mejorar su capacidad de respuesta a condiciones de riesgo y vulnerabilidad para la salud, afrontando de manera exitosa los determinantes de la salud. Con el equipo de APS realizaron actividades de caracterización y determinación del riesgo en 53.103 familias

boyacenses, cuyos resultados fueron: población boyacense total: 179.476, población rural: 44 %, personas por familia: 3,4 %, aseguramiento: Contributivo: 26 %; subsidiado: 65 %; no asegurados: 6 % y otros 4 % (20).

Estas cifras denotan el poco engranaje con la problemática de discapacidad dejando pobremente visibilizado este fenómeno en el territorio boyacense. Se señala en algunas agendas políticas del Departamento la necesidad del trabajo social con enfoque de salud pública encontrando inmerso el concepto de determinantes sociales bajo un modelo de inclusión, pero aún no se conocen las cifras de las personas con discapacidad y los determinantes sociales que las relacionan.

Según la Fundación Saldarriaga Concha (19) del estudio nacional, el departamento de Boyacá según Censo de Población y Vivienda de 1993, reportó un total de 19.792 personas con deficiencias severas, para una prevalencia del 1,7 %; en el Censo de 2005 (18) se identificaron 104.087 personas con limitaciones permanentes, censadas en hogares particulares, para una prevalencia del 8,7 %; según los resultados obtenidos con la aplicación del Registro para la Localización y Caracterización de las Personas con Discapacidad, se han registrado 26.371 personas, faltan 77.716; de un total de 123 municipios, no todos a la fecha con la información completa.

Según el Censo 2005, el reporte socializado a los municipios, la ciudad de Tunja tiene 7.603 personas con limitación permanente, mujeres el 53 %, los rangos de edad en que se encuentran las personas con discapacidad se concentran en personas mayores de 60 años en las que aparecen 30 personas con deficiencias por cada 1000 habitantes; en menores de 60 se encuentran 10 personas por cada 1000. El 75% de las personas registradas pertenecen a los estratos 1 y 2 (20).

El 27,9 % de las personas de Tunja que se encuentran en situación de disca-

pacidad, carece de estudios, el 29,7 % no ha culminado los estudios primarios (el 32,6 % de los hombres y el 31,8 % de las mujeres) y solo el 1,0 % cuenta con un nivel de escolaridad igual o superior a la educación básica secundaria completa (el 1,0 % de los hombres y el 1,1 % de las mujeres) (20).

Dentro de las estructuras o funciones corporales más frecuentemente afectadas se encuentran las relacionadas con el sistema nervioso con el 47,1 %, los ojos con el 46,3 %, el movimiento del cuerpo 39,1 %. De todas las personas registradas, quienes mayores dificultades experimentan durante el desarrollo de sus actividades diarias son las personas de 60 años o más. Así pues, el 44 % presenta limitaciones para oír, aun con aparatos especiales; el 45 % para producir, retener o expulsar la orina, tener relaciones sexuales, el 42 % para caminar trechos cortos por problemas cardiorrespiratorios, el 40 % para masticar, tragar, 38 % para correr, caminar y saltar, y cambiar y mantener las posiciones del cuerpo, 39 % para llevar, mover, utilizar objetos con las manos, 36 % para mantener piel, uñas y cabellos sanos. Con respecto al origen de la discapacidad, en el 45,8 % de los casos se desconoce su origen (19).

Existen barreras físicas que limitan la autonomía de las personas con discapacidad. El 47 % de ellas encuentra este tipo de barreras en la vía pública (andenes y calles); en la vivienda el 45 % (dormitorio, baño, escaleras, pasillos, sala, comedor, etc.); el 40 %, en los vehículos de transporte público, paraderos y terminales; el 17 % en centros de salud; el 22 %, en los parques; el 22 %, en centros comerciales y tiendas; el 17 %, en centros educativos, y el 13 % en su lugar de trabajo (19).

En Tunja, el 88,8 % de ellos está afiliado al Sistema de Salud, cifra que deja a 184 personas por fuera de él y en una mayor situación de vulnerabilidad respecto al total de la población. El 87 % de los no afiliados corresponden a personas de los estratos 1 y 2, el 68,6 %, del régimen subsidiado;

el 5,3 %, de alguno de los regímenes especiales. El 79 % de las personas considera que no se está recuperando de su discapacidad. El 66 % de las personas registradas han recibido orden médica de rehabilitación: al 46 % le han ordenado terapia farmacológica; al 22 %, fisioterapia y medicina física y de rehabilitación; al 31 %, optometría; al 18 % psicología; al 13 %, fonoaudiología y psiquiatría; al 27 %, terapia ocupacional; al 10 %, trabajo social, y al 8 %, otro tipo de rehabilitación (19).

La participación en el mercado laboral es muy variada para la población con discapacidad que reside en el municipio de Tunja. Las personas en edad de trabajar (de 10 años o más) son el 92,7 % de este grupo poblacional. De este grupo, el 82 % corresponde a población económicamente inactiva, no están trabajando ni buscando trabajo, es decir, el 26,4 % está incapacitado permanentemente para trabajar y no cuenta con una pensión, el 3,3 % también presenta una incapacidad permanente para trabajar pero cuenta con una pensión, el 5,3 % se dedica a estudiar, el 3,1 % realiza oficios del hogar, el 4,3 % realiza actividades de autoconsumo, el 6,8 % se dedica a otra actividad, y el 0,7 % restante está pensionado o recibe algún tipo de renta (19).

En el departamento de Antioquia se reportó un total de 101.594 personas con deficiencias severas, para una prevalencia del 2,36 %; en el Censo de 2005 se identificaron 329.977 con limitaciones permanentes, censadas en hogares particulares, para una prevalencia del 5,93 %; según los resultados obtenidos con la aplicación del Registro para la Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad, se han registrado 76.145 personas, faltan 253.832; de sus 125 municipios 101 tienen información del Registro. En el mismo Censo en Medellín el porcentaje de personas en situación de discapacidad fue del 6,55 % para un total de 45.042 personas con discapacidad de una población total de 2.223.660 habitantes lo que en relación con el global de Colombia está dentro del porcentaje (19,20).

En Medellín cabe destacar la violencia como determinante social que afecta la salud; en Colombia es un importante problema de salud pública, mientras que en el mundo el porcentaje de años de vida saludable perdidos por muertes e incapacidades originadas por la violencia es de 2 a 3 %, en Colombia es de cerca de 25 %, y en Medellín se reportó hace pocos años que era un poco mayor a 50 % (21,22).

La política pública en discapacidad de Medellín desde el Acuerdo 86 de diciembre de 2009 y reglamentando dicho acuerdo con el Decreto 221 de 2011, acoge como principios generales los establecidos en la Convención sobre los Derechos de las personas con discapacidad, adoptados por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 13 de diciembre de 2006, y ratificados por Colombia mediante la Ley 1346 de 31 de julio de 2009 (Protocolo Facultativo el 10 de mayo de 2011) en forma coordinada entre las entidades públicas del orden nacional, regional y local, las organizaciones de personas con y en situación de discapacidad y la sociedad civil (23).

La política pública en discapacidad ha sido diseñada participativamente; promoviendo los actores como sujeto de derechos y como principales legitimadores de la misma. De esta forma se proyecta el reconocimiento de la diversidad, garantizando el ejercicio pleno de los derechos humanos, con equidad en las oportunidades a todos los ciudadanos con sus diversas capacidades. La apuesta es por la transformación cultural y social de Medellín 23-Gini.

En el Censo de Población y Vivienda de 1993, el departamento del Valle (19) reportó un total de 62.296 personas con deficiencias severas, para una prevalencia del 1,9 %; en el Censo de 2005 se identificaron 267.348 personas con limitaciones permanentes, censadas en hogares particulares, para una prevalencia del 6,6 %; según los resultados obtenidos con la aplicación del Registro se han registrado 84.756 personas.

Para finalizar, cabe resaltar que los datos que se encuentran no permiten por sí mismos un completo conocimiento y acercamiento a la complejidad del tema, lo que reflejan en el fondo es que el evento de la discapacidad lleva inmerso una serie de factores que marcan la diferencia entre regiones y se encuentran estrechamente relacionados, ellos tienen que ver con la manera como este colectivo vive, sus determinantes sociales de la salud se convierten en la manera de ver la discapacidad en un análisis diferente al tradicional y que proporcione una mayor información al respecto.

CONTEXTO SOCIAL DE LA DISCAPACIDAD

La complejidad que lleva inmersa la palabra discapacidad se encuentra interrelacionada con una interacción social y económica, que se yuxtapone y potencializa para hacer de este evento un fenómeno social, el cual, cuando es analizado bajo la perspectiva poblacional refleja un trasfondo de falta de oportunidades y exclusión que en muchas ocasiones esta agudizado por la ausencia de políticas públicas y la falta de posicionamiento en la agenda gubernamental, sobre todo en los países en desarrollo en los cuales, como se vio en el apartado anterior, el problema tiene una mayor magnitud (24).

Entre las causas ambientales de la discapacidad pueden citarse: el envejecimiento de la población, las causas externas (accidentes de todo tipo, conflictos armados, inhalación y mala utilización de plaguicidas, uso y abuso de alcohol y drogas y la violencia social), además, la desnutrición, el abandono infantil y la marginación de grupos sociales como los pueblos indígenas; la pobreza extrema, el desplazamiento poblacional y los desastres causados por fenómenos naturales, todos los cuales, de una u otra manera, forman parte o están relacionados con los determinantes sociales de la salud (25,26).

El componente social de la discapacidad no lo encontramos exclusivamente

te en la interacción de la persona con discapacidad y el entorno, sino que va mucho más allá. En primer lugar, el contexto social juega un papel fundamental en la definición de lo que consideramos o no discapacidad. Incluso de la deficiencia, que como sustrato fisiológico de la discapacidad, sería un estado de salud alterado y permanente, alejado de los parámetros considerados normales (27).

Si hay una brecha entre las demandas del entorno y la capacidad para llevar a cabo ciertas actividades, esas dificultades pueden acarrear limitaciones de movilidad en actividades clave para desarrollar una vida independiente (denominadas actividades instrumentales de la vida diaria), o también pueden producir limitaciones más graves que se manifiestan en la imposibilidad de realizar las actividades cotidianas (denominadas actividades básicas de la vida diaria) (28).

DISCAPACIDAD EN LA PERSPECTIVA DE LA CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DEL FUNCIONAMIENTO, DE LA DISCAPACIDAD Y DE LA SALUD (CIF)

Según la CIF (28), el término discapacidad incluye déficits en funciones y estructuras, limitaciones en la actividad y restricciones en la participación, así, este término indica los aspectos negativos de la interacción entre un individuo (con una “condición de salud”) y sus factores contextuales (factores ambientales y personales), siendo la interacción positiva la que corresponde al término funcionamiento, con esto se da paso a la comprensión de la discapacidad como un fenómeno que puede tener un carácter situacional, dado que depende de la interacción ya mencionada. Esta comprensión, si bien está amparada en la CIF, parte de la base del modelo biopsicosocial.

La CIF proporciona una descripción de situaciones relacionadas con el fun-

cionamiento humano y sus variaciones, así como la relación del contexto; brinda un lenguaje unificado, estandarizado y un marco conceptual para la descripción de los componentes de la salud. Al analizar el funcionamiento y la discapacidad se deberá incluir el abordaje de lo corporal, lo individual y lo social; funciones, estructuras corporales y deficiencias en estructuras, y desde lo corporal se hace referencia a funciones corporales; lo individual implica las actividades del sujeto, y lo social la participación, la limitación en las actividades y restricción de la participación en la sociedad.

Las funciones corporales se refieren a las fisiológicas de los sistemas corporales, incluyendo las funciones psicológicas; y las estructuras corporales son las partes anatómicas del cuerpo como órganos y miembros. Es decir, proporciona información sobre el estado funcional del individuo en lo referente a las partes anatómicas y fisiológicas del cuerpo. Deficiencias son problemas en las funciones o estructuras corporales tales como una desviación significativa o una pérdida, pueden ser temporales o permanentes, progresivas, regresivas o estáticas, intermitentes o continuas.

Por otro lado, las actividades y la participación son los aspectos relacionados con el funcionamiento humano desde una perspectiva tanto individual como social. Por actividad se entiende la realización de una tarea o acción por una persona, implica una perspectiva individual en un contexto normalizado, y participación es el acto de involucrarse en una situación vital, implica una perspectiva social en un contexto real. Las limitaciones en la actividad son dificultades que una persona puede tener en el desempeño/realización de las actividades y restricciones en la participación son problemas que alguien puede experimentar al involucrarse en situaciones vitales.

Los factores contextuales son los que constituyen, conjuntamente, el contexto completo de la vida de un individuo, tienen dos componentes: factores ambientales y personales. Los ambientales se refieren a todos los aspectos

tos del mundo extrínseco o externo que forma el contexto de la vida de un individuo, y como tal afecta el funcionamiento de esa persona. Los factores personales constituyen el trasfondo particular de la vida de un individuo y su estilo de vida, están compuestos por características del individuo que no forman parte de una condición o estados de salud. Estos pueden incluir el sexo, la raza, la edad, la forma física, los estilos de vida, los hábitos, la educación, la profesión, experiencias actuales y pasadas, comportamiento, personalidad, espiritualidad, entre otros (29,30).

Más tarde, Brandt y Pope (3) señalan que la Organización Mundial de la Salud (2001) y el Instituto de Medicina de los Estados Unidos –IOM– (1997) asumen que toda dimensión de discapacidad es analizada en términos de una interacción entre el individuo y el ambiente social y físico. La persona, en este sentido, se encuentra en constante relación con el ambiente físico material y ambientes sociales que incluyen elementos de política y economía que, de acuerdo con su naturaleza, pueden interferir en sus procesos de participación social.

En Colombia, el avance más significativo en relación con la información sobre discapacidad es el Registro para la Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad (DANE, 2003) (18) y a partir de este registro se han realizado procesos investigativos que intentan hacer una mirada y abordaje a la discapacidad.

Cruz-Velandia y Hernández-Jaramillo (29), realizaron un estudio cuya finalidad era la formulación de un Índice de Discapacidad Humana, que permitiera conocer la dimensión y el impacto de la discapacidad en Colombia, para ello plantearon una hipótesis metodológica de agrupación y relación de las variables del Registro de Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad, que tienen correspondencia con los factores contextuales ambientales, personales y sociales de la CIF (28) con el pro-

pósito de identificar las relaciones determinantes de la discapacidad entre dichos factores. Este estudio muestra cómo el análisis global por grupos de factores, personales y ambientales, sugiere un mayor peso de los segundos en la generación y exacerbación de la discapacidad, en la medida en que responden a determinantes relacionados con condiciones de vida asociados con servicios, sistemas y políticas.

Los factores personales, en especial aquellos relacionados con edad, género y estructura y función corporal demuestran un comportamiento dependiente, debido a que existe una mayor proporción de mujeres y de personas mayores de 60 años en situación de discapacidad y con limitaciones del movimiento y del sistema nervioso. Además, se reconoce cómo la fuente del DANE, constituye la mejor información disponible en discapacidad para Colombia (19,20).

En cuanto a los estudios sobre determinantes sociales y discapacidad, en New York (31) se ha planteado que la discapacidad surge cuando las personas se enfrentan por las condiciones sociales o del medioambiente, estableciendo que la discapacidad es una resultante de la operación de desactivación y discriminación desde las condiciones culturales, sociales y ambientales.

Dicha problemática es resultado de una combinación de factores que varían en importancia en todo el ciclo vital y entre las naciones. En los niños pequeños, por ejemplo, los gradientes sociales principalmente reflejan los efectos de la exposición socialmente condicionada, incluyendo los que operan a través del medio fetal, con el material y los riesgos psicosociales (condiciones de vivienda pobre, nutrientes por las dietas, la inseguridad económica familiar, entre otros) que pueden dar lugar a condiciones de salud asociadas con discapacidad (31-33). En la infancia, estos gradientes pueden ser exacerbados por el impacto de los costos directos e indirectos

asociados al cuidado de una persona discapacitada. En la edad adulta, la exclusión de las personas con discapacidad está referida con la mano de obra laboral (el bienestar y las políticas) que influyen poderosamente las tasas de empleo de los adultos discapacitados (34,30).

Sin embargo, las iniciativas de la salud pública (35) para abordar las desigualdades en salud muestran algunos resultados de la investigación sobre los determinantes sociales de la salud, con indicadores tales como el auto-reporte de limitación a largo plazo, la invalidez sin la esperanza de vida ajustados por discapacidad y años de vida siendo tratados como sustitutos de componentes de la salud; dentro de este ámbito, la discapacidad es tratada como sinónimo de estado de salud, en lugar de entenderse en el contexto de la gama de condiciones sociales y ambientales como factores que sirven a las personas con discapacidad.

Es así como el éxito en el alcance de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, dependerá en la medida de la atención de las necesidades y el contexto de los niños con discapacidad. Para ello se hace necesario tomar las medidas necesarias para hacer frente a los determinantes sociales de la salud en general, con nuevas mejoras que tengan en cuenta las circunstancias particulares de las personas con discapacidad. Esto demanda acciones concretas en los cuatro puntos de entrada identificados (35) para hacer frente a inequidades de la salud, como son el abordar los factores de estratificación social (por ejemplo, asegurar que los niños con discapacidad accedan a la educación efectiva, asegurarse de que los adultos con discapacidad puedan acceder a un empleo gratificante y seguro); la vulnerabilidad diferencial (por ejemplo, mediante la promoción de la resistencia de las personas con discapacidad), y dirección de consecuencias diferenciales (por ejemplo, asegurando que todas las personas con discapacidad tienen igualdad de acceso a una atención sanitaria eficaz).

En Canadá se buscó identificar los factores asociados con la salud propia a partir de la calificación de las personas con y sin enfermedades crónicas o discapacidad a largo plazo (36). Para ello se trabajó con los datos de la población de los hogares durante los años de 1994-1995, donde se encuestaron 13.995 personas de 20 años de edad. Los factores incluidos en los análisis fueron las enfermedades relacionadas (enfermedades crónicas, discapacidad a largo y corto plazo, y el dolor), demográficos, estilo de vida (tabaquismo, actividad física, beber), y social de los recursos psicológicos (dominio, el estrés crónico, estrés, autoestima, y apoyo social). Los resultados arrojaron que las variables relacionadas con las enfermedades se asocian con la mala salud, con aportes pequeños pero significativos de factores demográficos y de estilo de vida. Recursos psicológicos, especialmente su autoestima, se asocia con una mejor salud de las personas con enfermedades crónicas o discapacidad.

En un importante número de estudios de muchos países (37), se ha mostrado la existencia de correlación entre la esperanza de vida y la frecuencia de otros indicadores de salud con indicadores de estatus social, tales como ingresos económicos, nivel educativo, ocupación, lugar de residencia, etc. Similar planteamiento hace Wilkinson (30). El mismo Evans indica que en estudios de Wilkinson y Marmot (30) demostraron perfectamente que «la correlación entre el estatus socioeconómico y la salud se hallan en perfecta forma» (37).

Lo planteado por Evans (37), se evidencia también en el estudio de Zambrano (38) “Determinantes del estado de salud en Colombia y su impacto según área urbana y rural: una comparación entre 1997 y 2003”. El investigador propone que el vínculo que existe entre las inversiones y demandas en salud y el nivel de ganancias del individuo son proporcionales con su estado de salud real. Usando las encuestas de calidad de vida de esos dos

años, los resultados confirman las predicciones del modelo de capital salud y revelan diferencias importantes entre el impacto de las variables en la zona rural y la urbana.

El gasto *per cápita* tiene efectos positivos sobre el estado de salud, siendo este efecto mayor en el 2003 y en zonas rurales. La recesión más grande de Colombia en esos años, ha llevado a que la salud de las personas que viven en zonas rurales dependa más del sistema de seguridad social. La educación se revela como uno de los principales mecanismos para aumentar el nivel de salud. La violencia en las zonas geográficas ha llevado a disminuir el estado de salud de las personas.

Dentro de las conclusiones que ellos mencionan se encuentra una muy relacionada con Desarrollo Regional y es el hecho de que invitan a reflexionar en torno a “Una política de crecimiento económico que reduzca las inequidades en la distribución del ingreso entre la zona rural y urbana llevaría a mejores niveles de salud de la población” ya que “las diferencias regionales en el impacto que tienen sobre la salud de los individuos son inmensas. Existe necesidad de crear políticas públicas de salubridad en regiones como la Pacífica, la Orinoquía y la Oriental. La focalización de los subsidios, reconociendo las diferencias regionales y las diferencias entre las áreas, es importante para lograr impactos positivos en la salud y eliminar las brechas regionales en salud” (38).

En otro estudio, Hernández y Hernández (39) utilizaron los valores absolutos y porcentuales de la distribución de la discapacidad en la población colombiana usando los datos de tres fuentes oficiales de 1981 a 2003. Se seleccionaron las variables: edad, educación, trabajo, estrato socioeconómico, ingresos y dependencia, y demostraron la relación de dependencia que existe entre la pobreza y la discapacidad haciendo un análisis de los registros de los hogares que refirieron tener personas con dificultades per-

manentes para trabajar, tanto del total nacional como por regiones y áreas. Así, de un total de 11.194.108 de hogares, 11,7 % correspondió a hogares con personas con dificultades permanentes para trabajar ($n=1.310.458$) y de ellos, un 19,5 % fue clasificado como hogar pobre ($n=255.686$).

De esta manera, el ejercicio estadístico puso de manifiesto que el porcentaje de personas en situación de discapacidad en la población calificada como pobre es cerca del doble de ese porcentaje en la población total. La diferencia en la proporción de personas con dificultades permanentes entre pobres y no pobres es estadísticamente significativa (prueba de χ^2 $p=0,006$). Un cálculo del Riesgo Relativo de discapacidad si se clasifica como pobre, revela que el riesgo relativo (RR) es 1,2 veces mayor que si no se clasifica como tal (RR para discapacidad si se clasifica como pobre 0,113, RR si no se clasifica como pobre 0,136). Entonces, se formularon y contrastaron diversas hipótesis con análisis de frecuencias y prueba de χ^2 , para estimar diferencias entre grupos.

El análisis de resultados (39) estableció que la vulnerabilidad debida a la discapacidad es diferente según: 1) el género: con mayor impacto en hombres; 2) la edad: mayor impacto para los grupos de mayor edad y en los tres últimos años, mayor en el grupo de 25 a 55 años en riesgo potencial de discapacidad; 3) el área de vivienda: mayor en áreas rurales y, 4) el nivel socioeconómico: las personas en condición de discapacidad (PCD) pertenecen a los estratos más bajos. El perfil de las personas se caracteriza por tener bajo nivel educativo, percibir y vivir con menos de un salario mínimo mensual, estar desempleadas, ubicarse en los estratos 1 y 2, hacer parte de los hogares calificados como pobres, ser varones y vivir en el área rural.

Tovar y García (40), también economistas, investigan sobre la situación del Sistema de Salud en Colombia, con base en la Encuesta Nacional de Calidad de Vida (ECV), realizada por el Departamento Administrativo Na-

cional de Estadísticas, DANE, en el año 2003, en que se indagó por la situación de los niveles de vida de la población, haciendo énfasis en lo referente a la vivienda, el equipamiento de los hogares, la salud, la educación, el trabajo, las mediciones de la pobreza y las condiciones de vida.

Mediante un análisis multivariado para conocer los factores determinantes del estado de salud de los colombianos, a partir de los datos obtenidos por dicha encuesta, presentan los resultados de su investigación sobre estimación econométrica del stock de salud. Se empleó una muestra representativa tanto nacional como regional, de 85.150 individuos, cuya variable independiente fue estado de salud. Como variables dependientes estaban: ingreso, edad, ejercicio físico, sexo, lugar de vivienda (rural o urbana), nivel educativo, región (Atlántica, Central, Pacífica, Bogotá, Antioquia, Valle, San Andrés y Providencia, Oriental y Orinoquía y Amazonía), actividad laboral y afiliación al SGSSS.

En otro estudio (41) se muestra que existe una relación positiva entre el ingreso promedio del hogar y los mejores estados de salud. Así, la probabilidad de que una persona demande más salud cuando el ingreso promedio aumenta es mucho menor. Igualmente, este estudio encontró que la probabilidad de tener un buen estado de salud aumenta en el género masculino y disminuye en el femenino, y que a medida que aumenta la edad, las personas tenían menos probabilidades de percibir su estado de salud como muy bueno; aunado a ello, los hallazgos de este estudio indican que cuando aumenta el nivel educativo, aumenta la probabilidad de que las personas perciban su estado de salud como muy bueno.

En este orden de ideas también pudo conocerse que existe una relación positiva entre el estado de salud y el ejercicio físico. Las personas que tienen incorporado dentro de su estilo de vida la práctica de algún deporte, por lo menos una vez a la semana, aumentan su probabilidad de estar en las categorías de muy bueno y buen estado de salud.

Por otra parte, los análisis estadísticos encontraron que existe una relación positiva entre un buen estado de salud y el hecho de vivir en una zona urbana. Para las personas que viven en zonas urbanas, la probabilidad de tener un buen estado de salud, en comparación con las personas que viven en zonas rurales es mayor. También llama la atención que la probabilidad de presentar un buen estado de salud, aumenta en el régimen especial (Fuerzas Armadas, Magisterio, Ecopetrol) y el contributivo, y disminuye en el régimen subsidiado.

En Colombia, se estudió la “Discapacidad en población desplazada en el Cauca”, cuyo objetivo fue estimar la prevalencia de discapacidad en una población en situación de desplazamiento (41). El incremento de la aparición de discapacidad o el riesgo de adquirirla, se ha ocasionado por la incidencia de lesiones afectivas, físicas y psíquicas producidas por la violencia, el conflicto armado y el desplazamiento. Hacen recuento de dos estudios publicados al respecto: primero, el realizado en Colombia en 1996, en nueve ciudades capitales que arrojó que el 2,8 % de la población estudiada presentaba algún tipo de discapacidad; y segundo, el realizado en el 2001 en Valle del Cauca, que arrojó una prevalencia de discapacidad de 3,9 %.

En el estudio de estas investigadoras, se tomó una muestra de 165 familias; se encontró una prevalencia del 8,5 % de discapacidad, se estudiaron las variables: edad (de acuerdo al ciclo vital), sexo, presencia de discapacidad, tipo de discapacidad, signos-síntomas padecidos comúnmente, número de integrantes de la familia, estado civil, ocupación previa al desplazamiento, ocupación actual, nivel de escolaridad, lugar de procedencia, hábitos nocivos y Régimen de Seguridad Social en Salud. Junto con estas variables fue diseñado un instrumento con preguntas ya validadas respecto a la caracterización familiar, detección de la discapacidad y condición de salud, que se usó en el estudio del Valle del Cauca.

Los resultados (41), en primer lugar, indicaron que las 165 familias están constituidas por 756 personas (cinco por hogar). En lo referente al sexo, el 48 % (363) eran hombres y el 52 % (393) eran mujeres; el 38,1 % (288) eran adultos, el 28,2 % (213), niños, el 24,5 % (185) adolescentes y el 9,3 % (70) adultos mayores. Con respecto al nivel educativo, 516 encuestados tiene educación básica primaria, 68,3 %; solo el 1,3 % (10) ha realizado estudios técnicos.

Desde la perspectiva de la CIF las investigaciones (42) mencionan que la población anciana en su estudio arrojó una prevalencia de 38,5 %, probablemente por las deficiencias en los sistemas orgánicos propias del envejecimiento (43) que conlleva a alteraciones en las estructuras del cuerpo y redundan en limitaciones de la actividad, restringiendo la participación social.

Entre las estructuras y funciones corporales afectadas con mayor frecuencia se encuentran las relacionadas con el movimiento del cuerpo, presentes en el 54,9 % de las personas, seguidas por las deficiencias en el sistema nervioso (48,9 %), visual (43,8 %), cardiorrespiratorio e inmunitario (41,8 %); las demás están presentes en menor porcentaje.

Se observan algunas diferencias en cuanto a la prevalencia de deficiencias entre hombres y mujeres; así, las deficiencias en los sistemas cardiorrespiratorio e inmunitario muestran una mayor prevalencia en mujeres (46,2 %) que en hombres (35,9 %); lo mismo ocurre, aunque en menor proporción, con las deficiencias en la digestión (el 26,8 % en mujeres y el 19,9 % en hombres) y las relacionadas con el movimiento de cuerpo, manos, brazos y piernas (57,4 % en mujeres y 51,5 % en hombres). Las deficiencias cuya prevalencia es superior en los hombres, abarcan las relacionadas con el sistema nervioso (50,2 % en hombres y 49,7 % en mujeres), de la voz y el habla (21,4 % en hombres y 14,3 % en mujeres), y las del sistema reproductivo (11,6 % en hombres y 11,5 % en mujeres).

La dificultad más frecuente está relacionada con actividades como caminar, correr o saltar, que afectan al 59,6 % (52.348) de personas en situación de discapacidad. Le sigue la dificultad para pensar y memorizar que afecta a 44,7 % de las personas registradas (39.311 personas), alteración cuya frecuencia alcanza al 60,7 % en el grupo etario 10-14 años. Se observó que la relación entre el número de hombres y mujeres en situación de discapacidad difiere en los distintos grupos etarios. Además, la proporción de mujeres fue superior en los grupos de 30 años y más, y la de hombres en los grupos de 0 a 29 años.

Otros datos significativos se analizan en la discusión de resultados, debido a que ambos estudios guardan estrecha relación por haber sido la fuente de información el Registro para la Localización y Caracterización de Personas con discapacidad y además las variables del Registro fueron seleccionadas por conveniencia en ambos, obedeciendo a posibles descriptores o referentes empíricos de las determinantes de los factores contemplados en la CIF (28), que se relacionan en el registro, por ejemplo: los ítems de localización y vivienda, identificación personal, caracterización y origen de la discapacidad, salud, educación y participación.

Por otra parte, algunos estudios (38,40) han demostrado el papel de algunos determinantes sociales y económicos como la región, la zona donde se habita (urbana o rural), el nivel educativo y los ingresos sobre el estado de salud, el acceso a los servicios y la autopercepción del estado de salud. Estos investigadores señalan en sus estudios tres importantes niveles que influyen en determinantes sociales y que han sido a su vez reconocidos por otras investigaciones (s.n.) y se ven reflejados en los factores de la CIF también.

En primer lugar, mencionan el estatus socioeconómico cuyos indicadores son el ingreso, el nivel educativo o la ocupación, y en los últimos años aumentó el interés por la unidad de análisis vecindario que para Colombia

es el barrio, la comuna o la localidad. Se reconoce en su estudio que el ingreso está mediado por la ocupación que desempeñan las personas y que esta a su vez está condicionada por el nivel educativo. Para Colombia este problema golpea en especial a los estratos medios de la población (44).

En segundo lugar, sobre el peso de los factores psicosociales anotan que la cohesión social, la presencia de redes de apoyo, la participación social y política son bienes sociales cuya relación con el estado de salud de las personas hoy se plantea como incuestionable. Afirman que la realidad colombiana presenta unos retos enormes por la ruptura de redes sociales y la movilidad entre regiones, inter e intra urbana, provocada por el destierro y el desplazamiento forzado (30,39,44,).

Por último, la estructura del sistema de salud: El Sistema Nacional de Salud de cualquier país condiciona el acceso a los servicios y programas de los diferentes grupos sociales y cumple (o deja de cumplir) varias funciones como: la prevención de las enfermedades o la curación y rehabilitación en casos en que la enfermedad se presenta. Este papel hace que cualquier sistema de salud sea un determinante del lugar que las personas alcanzan en la estructura social.

En Colombia se requiere investigar (38) en una perspectiva de curso de la vida o de largo plazo los efectos de una organización inequitativa de los servicios de salud, con un acceso inestable, fragmentado y mediado por los recursos económicos de las personas. El reto es entonces empezar a conocer las particularidades de esas inequidades en salud y sus determinantes, que seguramente se comportan de manera distinta y tienen efectos diferentes a las de otros países. “Se requiere utilizar herramientas teóricas y metodológicas, cuantitativas y cualitativas para indagar cómo la estructura de la sociedad enferma, discapacita y mata de manera particular según ubicación en la escala social” (30).

Para finalizar, Rodríguez (44) concluye en su investigación “Barreras y determinantes del acceso a los servicios de salud en Colombia”, que la ausencia de dinero continúa siendo una de las principales barreras para acceder a los servicios de salud, lo cual impacta en mayor proporción a la población sin seguro; 50 % de la población no asegurada que presentó una necesidad de atención no pudo acceder a ella por falta de recursos financieros. La población asegurada, no obstante contar con seguro, también aduce la falta de dinero como limitante del acceso –14,4 %– y dentro de la población asegurada el mayor impacto de esta variable recae sobre la población pobre sin capacidad de pago –régimen subsidiado, 17 %–, la cual duplica el porcentaje de población afiliada con capacidad de pago que aducen esta barrera, 8 %.

Y entre la población no afiliada se debe reconocer un alto grado de vulnerabilidad que los coloca como población que enfrenta altos riesgos de salud ante algún evento de enfermedad que deba ser financiado de su bolsillo. “Es necesario estudiar las barreras de tipo financiero que siguen limitando el acceso de la población que cuenta con el seguro” (45). Dado que al interior de la población asegurada se siguen presentando limitantes de acceso y más aún, estas limitaciones impactan de manera más importante a la población pobre sin capacidad de pago, es importante caracterizar cuáles son las barreras de tipo financiero que se vienen imponiendo a esta población que ya cuenta con el seguro en algunos casos, sobre todo en las áreas rurales suele asociarse a gastos de desplazamiento hacia los lugares de atención.

Por último, sugiere que esfuerzos futuros se deberán concentrar en poder hacer comparación con los resultados de las encuestas previas como ECV-1993 y ECV-2007. Y pudiendo contar con información a nivel regional, realizar una caracterización más particular de las diferencias que puedan presentarse en términos de equidad en el acceso cuando nos concentramos en los contextos regionales.

DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD Y LA DISCAPACIDAD

El concepto de determinantes sociales de la salud surge con fuerza desde hace dos décadas, ante el reconocimiento de las limitaciones de intervenciones dirigidas a los riesgos individuales de enfermar, que no tomaban en cuenta el rol de la sociedad. Los argumentos convergen en la idea de que las estructuras y patrones sociales forman u orientan las decisiones y oportunidades de los individuos de ser saludables (45,46).

Los determinantes sociales son entendidos, como las *condiciones en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, así como las desigualdades que se manifiestan en estas condiciones también crean desigualdades en salud* (44). Así mismo son definidos como las condiciones sociales en que las personas viven y trabajan, que impactan sobre la salud. También se ha fraseado como “las características sociales en que la vida se desarrolla” (47).

Los determinantes sociales de la salud se refieren tanto al contexto social como a los procesos mediante los cuales las condiciones sociales se traducen en consecuencias para la salud. Los determinantes sociales, objeto de políticas públicas, son aquellos susceptibles de modificación mediante intervenciones efectivas (48). “Por centrar su interés en las diferencias en condiciones de salud entre los estratos sociales, el campo de conocimiento de los determinantes sociales y económicos tiene como fundamento el análisis de las inequidades, entendidas como aquellas diferencias en el estado de salud de las personas que son evitables y por lo tanto injustas”, afirma Álvarez Castaño (48) citando a la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud, 2007.

Surge entonces la necesidad de esclarecer cómo las desigualdades injustas en la distribución de los bienes sociales: ingreso, riqueza, empleo estable, alimentación saludable, hábitos de vida saludables, acceso a servicios de

salud, educación, recreación, entre otros, se manifiestan generando diferencias injustas en el estado de salud de los grupos sociales; para este estudio en particular, cómo esas desigualdades están directamente relacionadas con el estado de discapacidad.

Uno de los conceptos más importantes, según la OMS (47) es el expresado por Lalonde (1974), que identificó como determinantes claves a los estilos de vida, el ambiente, la biología humana y los servicios de salud, en un enfoque que planteaba explícitamente que la salud es más que un sistema de atención, destacando así discordancia entre esta situación y la distribución de recursos y los esfuerzos sociales asignados a los diferentes determinantes (48).

Las interacciones entre las condiciones sociales que son determinantes para la salud (25), quedan diagramadas en un modelo planteado por Dahlgren y Whitehead (49). Este modelo presenta los principales determinantes de la salud como capas de influencia (Figura 1), en el que se ubica en el centro el individuo y los factores constitucionales que afectan su salud pero que no son cambiables, a su alrededor se encuentran las capas que se refieren a determinantes posibles de modificar, comenzando por los estilos de vida individuales, objeto desde hace décadas de los esfuerzos de promoción en salud.



Figura 1

Modelo Socioeconómico de Salud. Dahlgren G, Whitehead M. Policies and strategies to promote social equity in health Stockholm. Stockholm: Institute of Futures Studies; 1991

Ávila-Agüero (50) anota que mediante el diagrama se estableció la importancia o efecto relativo que cada uno de los determinantes tiene sobre los niveles de salud pública. Al inicio se le atribuyó una mayor importancia al medioambiente y al estilo de vida. Posteriormente la mayor importancia recayó en el sistema de asistencia sanitaria; sin embargo –aclaran– hoy se sabe que la salud no solo se mejora y se mantiene teniendo sistemas de atención de la enfermedad.

No obstante, los individuos y sus conductas son influenciados por su comunidad y las redes sociales, las que pueden sostener o no a la salud de los individuos; hecho que, si se ignora, dificulta la adopción de conductas saludables. Los determinantes considerados más amplios o profundos, en cuanto a su influencia, tienen que ver con las condiciones de vida y trabajo, alimentos y acceso a servicios básicos, además de las condiciones socioeconómicas, culturales y ambientales, representadas en la capa más externa. El modelo intenta representar además las interacciones entre los factores.

Sen (13), miembro de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, señaló que “la equidad en salud no concierne únicamente a salud, vista aisladamente, sino que debe abordarse desde el ámbito más amplio de la imparcialidad y la justicia de los acuerdos sociales, incluida la distribución económica, prestando la debida atención al papel de salud en la vida y la libertad humana. Ciertamente la equidad en salud no trata solo de la distribución de la salud, por no hablar del campo todavía más limitado de la distribución de la asistencia sanitaria. En efecto, la equidad en salud tiene un alcance y una relevancia enormemente amplios” (13).

Se tendría por un lado los factores de vivencias materiales en las áreas de vivienda, trabajo, alimentación, saneamiento, etc.; por otro, los factores psicosociales y conductuales; y, por último, los factores biológicos (que incluyen los genéticos). Un determinante importante en esta esfera inter-

media serían los mismos sistemas de salud, los cuales, en este enfoque, devendrían en determinantes sociales en la medida que son el resultado de construcciones sociales muy vinculadas a las políticas. Las interacciones de estos DSS influirían en la salud y la enfermedad de los individuos (51).

Para Álvarez Castaño (48), la teoría psicosocial propone que la autopercepción de las personas del lugar que ocupan en la jerarquía, en sociedades profundamente desiguales, causa serios daños a la salud. Continúa diciendo que “La discriminación sentida por aquellos ubicados en los lugares menos privilegiados de la estructura causa estrés, ya que se generan en algunos grupos sociales sentimientos de minusvalía y autodesprecio”. Así, estas sociedades desiguales rompen los vínculos y redes sociales, lo que conlleva un factor más de deterioro para la salud.

En relación a la distinción entre los determinantes de la salud y los determinantes de las inequidades en la salud cabe mencionar que la acción sobre los determinantes sociales de la salud tiene su foco de intervención en reducir la exposición a los factores que afectan directamente la salud o las intervenciones sobre los mecanismos causales asociados a ellos; estos serían los determinantes intermedios. Por otra parte, la acción sobre los determinantes de las inequidades de la salud tiene su foco en los niveles de distribución de los determinantes estructurales o en los mecanismos que generan los determinantes intermedios, es decir, la jerarquía o posición social (48).

Los determinantes estructurales son aquellos que generan estratificación social, e incluyen factores tradicionales como los ingresos y la educación; en la actualidad resulta también muy importante reconocer el género, el grupo étnico y la sexualidad, entre otros, como estratificadores sociales. Dentro de los determinantes intermedios se incluyen condiciones de vida, laborales y disponibilidad de alimentos, etc. (48).

En esta perspectiva el planteamiento hecho por la Comisión de la OMS sobre Determinantes Sociales en Salud (28), señala que la estratificación por grupos sociales por ingreso, educación, ocupación, género y otros factores, lleva a la creación de inequidades sociales en condiciones de vida y de trabajo. Los mecanismos de estratificación socioeconómica son los denominados determinantes estructurales de inequidades en salud. Son estos mecanismos los que configuran mejores o peores oportunidades para la salud, según diferencias en vulnerabilidades, exposiciones a agentes y acceso a servicios básicos. Es decir, la influencia de la posición socioeconómica del individuo sobre su salud no es directa, sino producto del actuar de factores intermediarios: condiciones materiales, tales como la calidad de vivienda y circunstancias psicosociales, incluyendo el estrés y los comportamientos como el hábito de fumar o de alimentarse mal (52).

El aumento de las desigualdades sociales entre regiones, países y estratos tiene su expresión en las condiciones de salud. Por ejemplo, la expectativa de vida al nacer en Sierra Leona es de 34 años, y en Japón es de 81,9; la probabilidad de que una persona muera entre las edades de 15 y 60 años es de 8,3 % en Suecia, 46,4 % en Rusia y 90,2 % en Lesotho, y la expectativa de vida en los países desarrollados varía entre cinco y diez años dependiendo de las diferencias en salario, educación y condiciones de trabajo (50).

Se ha llegado a establecer en tantos estudios que lo que realmente se distribuye de manera desigual en la sociedad son los hábitos de vida que atentan contra la salud, y que estos son más prevalentes a medida que decrece en el estatus socioeconómico (30). Esta teoría está respaldada con un volumen considerable de evidencia que muestra cómo en la mayor parte de las sociedades occidentales las personas más pobres asumen conductas de riesgo para su salud en mayor proporción que las de estratos superiores (50,27,30). De allí la importancia que la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud - CIF (28) da a la

interrelación entre los factores personales de los individuos y los factores contextuales en los que a diario se ve inmerso.

Retomando la perspectiva canadiense (52), la influencia de los determinantes sociales de la salud sobre la situación de discapacidad, se podría explicar por los siguientes factores, que han sido considerados los determinantes sociales de la salud sobre la discapacidad:

1. Ingreso y nivel social: La situación de salud mejora a medida que los ingresos y la jerarquía social son más altos. Los ingresos más altos determinan condiciones como vivienda segura y capacidad de comprar buenos alimentos.
2. Redes de apoyo social: El apoyo de los amigos, las familias y las comunidades se asocian con una mejor salud.
3. Educación: La situación de salud mejora con el nivel de educación. La educación aumenta las oportunidades de ingresos y la seguridad en el trabajo.
4. Empleo y condición de trabajo: El desempleo, el subempleo y el trabajo estresante se asocian con un estado de salud deficiente. Las personas que tienen más control sobre las condiciones laborales son más sanas y con frecuencia viven más tiempo.
5. Entornos sociales: El conjunto de valores y normas de una sociedad influye de diferentes maneras en la salud y el bienestar de los individuos y las poblaciones. Además, la estabilidad social, el reconocimiento a la diversidad, la seguridad y las buenas relaciones del trabajo y comunidades cohesivas proporcionan una sociedad de apoyo que reduce o evita muchos riesgos potenciales a la buena salud.
6. Entornos físicos: Los factores físicos en el entorno natural por ejemplo, calidad del aire y el agua son influencias claves en la salud. Los factores del entorno creados por el hombre como lugar

de trabajo, seguridad de vivienda, trazados de caminos también son influencias importantes.

7. Prácticas de salud personales y aptitudes de adaptación: Los entornos sociales permiten y respaldan estilos de vida saludables, así como los conocimientos, las intenciones, los comportamientos, los estilos de vida de las personas y las aptitudes de adaptación para enfrentar la vida saludable son influencias claves en la salud.
8. Características biológicas y genéticas: La biología básica y la constitución genética del ser humano son factores determinantes de la salud. La dotación genética proporciona una serie de respuestas individuales que afectan la situación de salud. Aunque los factores socioeconómicos son factores determinantes de la salud, en algunos casos la dotación genética parece predisponer a ciertos individuos a problemas de salud o discapacidad.
9. Servicios de salud: En particular aquellos diseñados para mantener y promover la salud, prevenir enfermedades, restituir la salud y el funcionamiento, contribuyen a la salud de la población.
10. Género: Se refiere al conjunto de funciones determinadas por la sociedad, rasgos de la personalidad, actitudes, comportamientos, valores, poder e influencias relativas que la sociedad atribuye a los dos sexos de una manera bidireccional. Medidas para mejorar la inequidad de género mejoran la salud de la población.
11. Cultura: Algunas personas o grupos pueden enfrentarse a riesgos adicionales para la salud debido a un entorno socioeconómico determinado en gran parte por valores culturales dominantes que contribuyen a la perpetuación de condiciones como marginación, estigmatización, la pérdida del valor del idioma o la cultura, la falta de acceso a la atención de salud y los servicios culturalmente aceptados (52).

El Canadá Health (52) ha demostrado que la percepción del propio estado de salud que hace una persona es un factor fiable de predicción sobre los problemas de salud y que a su vez la percepción que las personas tienen de su estado de salud está vinculada a su nivel de ingreso. Para el caso de Canadá, el 47 % de los adultos con ingresos más bajos calificó su salud como excelente o muy buena y el 21 % la describió como regular o mala. Entre los canadienses del nivel de ingresos más alto, las cifras fueron de 73 % (como excelente) y 5 % (como regular o mala), respectivamente. Esto es, los que vivían en los hogares de ingresos más bajos tenían una tendencia cuatro veces mayor a describir su salud como regular o mala que aquellos que vivían en los hogares con ingresos más altos (52).

En Colombia la investigación desarrollada por Rodríguez (44) sobre “Barreras y determinantes del acceso a los servicios de salud en Colombia”, demostró el papel fundamental de algunos determinantes sociales y económicos como el nivel educativo, los ingresos, la región, la zona donde se habita (urbana o rural) sobre la salud, el acceso a los servicios y la autopercepción del estado de salud como lo señalaban Brandt y Pope (3) y Brigeiro (4). El objetivo propuesto por Rodríguez (44) fue establecer los determinantes del acceso a los servicios de salud para la población colombiana utilizando la Encuesta de Calidad de Vida 2008.

Con los datos compilados por el DANE en la Encuesta -ECV, cuantificó y caracterizó las condiciones de vida de pobres y no pobres, comprendiendo también el fenómeno de la pobreza, incluyendo variables relacionadas con vivienda, servicios públicos y número de miembros en el hogar (y su situación en educación, salud, cuidado de niños, fuerza de trabajo, gastos e ingresos), tenencia de bienes y percepción sobre las condiciones de vida. Con esta base de datos, la investigadora se permitió analizar también los determinantes socioeconómicos del acceso y utilización de los servicios de

salud para la población afiliada a la seguridad social en Colombia según género y edad.

Rodríguez (44) pudo observar que en términos de género la probabilidad de presentar un problema de salud es positivo para las mujeres respecto a los hombres, con una probabilidad asociada del 1,18 % de presentar un problema de salud (confirmando algunas intuiciones teóricas sobre la mayor tendencia de las mujeres a presentar o reportar sus problemas de salud). Aun cuando la variable edad no es significativa se muestra que al aumentar la edad aumenta la probabilidad de presentar un problema de salud.

Entre los resultados más importantes de ese estudio, se destaca que el 21,38 % de la población –no obstante haber presentado una necesidad de atención en salud– no accedió al servicio, aun cuando el 53 % de estos consideraba que su caso no era leve. Entre la población afiliada este porcentaje es 18,03 % y para el caso de los no afiliados asciende hasta el 43 %, mostrando claramente que la población sin seguro es la más vulnerable ante la presencia de un problema de salud.

Wilkinson y Marmot (30), también han abordado el tema de los determinantes sociales de la salud y definen el gradiente social, el estrés, el comienzo de la vida, la exclusión social, el empleo, el desempleo, la seguridad social, la adicción, la alimentación, el transporte, como los que tienen la mayor posibilidad de explicar los niveles de salud de una población.

Por otro lado, es importante plantear lo retomado por Borrel (53) al abordar el planteamiento de La Measurement and Evidence Knowledge Network de la Comisión de Determinantes Sociales de la OMS propone una serie de principios para desarrollar la evidencia sobre las desigualdades en salud (54), principios que son construidos sobre diferentes autores y en los cuales se resalta la relevancia de investigar bajo la perspectiva de los DSS

los diferentes eventos dentro de los cuales la discapacidad resulta ser un tema relevante.

1. Adoptar un compromiso sobre el valor de la equidad. La igualdad en salud es la ausencia de diferencias en salud injustas y evitables entre grupos poblacionales definidos social, económica, demográfica o geográficamente (55-58). El valor explícito que sustenta la investigación sobre desigualdades en salud es que las que hay entre sociedades y en una misma sociedad son injustas, evitables e implican la explotación de los grupos desfavorecidos a causa de la desigual repartición de los recursos y del poder. Este valor debe estar presente en todo el proceso investigador.
2. Utilizar una aproximación basada en la evidencia. Ello es importante tanto para avanzar en la investigación como para poner en marcha intervenciones. La medicina basada en la evidencia ha sentado las bases para recoger la mejor evidencia empírica cuantitativa. Sin embargo, también es interesante utilizar aproximaciones cualitativas. Dixon-Woods et al (57), han revisado y criticado una selección de estrategias para la síntesis de evidencia, incluyendo técnicas que son en gran parte cualitativas e interpretativas.
3. Utilizar metodologías diversas. La investigación sobre desigualdades en salud se debe abordar utilizando las metodologías necesarias para responder a las preguntas formuladas, lo que implica utilizar diversidad de métodos y disciplinas. A menudo, para entender los procesos que generan y reproducen las desigualdades en salud será necesario ir más allá de las metodologías cuantitativas, habitualmente más empleadas en epidemiología social, y usar metodologías cualitativas que permitan profundizar en ellos.
4. Por otro lado, personas procedentes de distintas disciplinas, como por ejemplo la sociología, la política, la antropología, la historia o la economía, deben formar parte de los equipos de investigación junto

con los profesionales de la salud (58,59). Tener en cuenta tanto las diferencias de salud entre grupos como los gradientes. Las desigualdades en salud se han descrito siguiendo tres aproximaciones (1): a) las desigualdades afectan a toda la población (esta aproximación tiene en cuenta que hay un gradiente de salud y enfermedad entre las distintas clases sociales); b) las desigualdades se miden comparando los grupos menos privilegiados y los más privilegiados (*health gap*), y c) se analiza sobre todo la salud de la población más vulnerable (60).

5. A pesar de que las tres aproximaciones pueden ser válidas dependiendo del objetivo del estudio, es importante tener en cuenta que las desigualdades afectan en mayor o menor medida a toda la población (61), por lo que debería enfatizarse el primer enfoque.
6. Comprometerse a intentar identificar los mecanismos causales de cómo operan las desigualdades en salud. Tal como se ha comentado en el apartado anterior, hay distintos modelos que explican estos mecanismos causales. Debe explicitarse el modelo causal que se está utilizando.
7. Describir adecuadamente las estructuras y las dinámicas sociales. Se deben tener en cuenta los distintos ejes de desigualdad existentes, como el sexo, la raza o la clase social, los cuales tienen en común que: a) son contextuales y dinámicos, y a que cambian a lo largo de la historia y en distintos contextos; b) son construcciones sociales y no biológicas; c) son sistemas que implican relaciones de poder y dominación (un grupo ejerce el poder sobre otro, lo que hace que los distintos grupos tengan intereses no solo opuestos sino antagónicos); d) tienen sentido tanto a nivel estructural o macro (de la sociedad) como a nivel psicosocial o micro (referido a las personas en su vida diaria), y e) se expresan simultáneamente tanto en la sociedad como en el individuo, ya que cada persona está localizada en cada una de las dimensiones o ejes (62,63).

La mayoría de investigaciones tienen valores políticos que sujetan a sesgos los procesos de las mismas y estos pueden influir en diversos aspectos, como por ejemplo en la elección de temas de investigación o en la metodología utilizada. Por ello, es necesario explicitar bien los sesgos políticos que pueden afectar a cualquier investigación. El instrumento Bias Free (Buildingan Integrative Analytical System for Recognizing and Eliminating Inequalities) permite identificar y evitar los sesgos en la investigación en salud que se derivan de cualquier jerarquía social (64).

A nivel investigativo y teniendo en cuenta lo anterior, se resalta cómo varios países han identificado la necesidad de investigar sobre las desigualdades en salud y de generar, sintetizar y difundir la evidencia sobre su magnitud y causas, y sobre las políticas para reducirlas. Esto ha llevado al establecimiento, según el caso, de comisiones, proyectos o unidades de investigación estables. Es así como el objetivo del proyecto Teroka (The national Action Plan on Reducing Socioeconomic Health Inequalities, phase I 2004-2006) en Finlandia era contribuir a crear y difundir conocimiento sobre la existencia y la evolución de las desigualdades socioeconómicas en salud (incluyendo publicaciones científicas, material educativo, organización de seminarios y redacción de documentos de consenso dirigidos al gobierno), para lograr avanzar en la puesta en marcha de planes y políticas para reducir las desigualdades (65).

También se destaca la investigación con el mismo corte político, adelantada por el National Institute for Health Research, del Reino Unido, realizada en el año 2008, en la cual se implementó un programa de investigación sobre intervenciones no sanitarias para mejorar la salud y disminuir las desigualdades en salud (65).

Los datos arrojados por la Encuesta de Población Nacional de Salud (NPHS) en Canadá (66), investigación que evaluó el bienestar de los inmi-

grantes en una serie de áreas de la vida social, evidenciaron los determinantes sociales de la salud de la población inmigrante, no se encontró un patrón evidente de asociación entre las características socioeconómicas y las características de la inmigración, por un lado, y el estado de salud por el otro; los resultados de este estudio sugieren que los factores socioeconómicos son más importantes para los inmigrantes que para los no inmigrantes.

Otro aspecto importante es la producción social de salud, centrado en la forma en que los niveles de salud están determinados por las estructuras de la desigualdad social y las conductas o los estilos de vida (67,68). Para ello se utilizó un análisis de regresión múltiple de datos de la Encuesta Nacional de Salud de la Población de Canadá realizada en 1994. Dos medidas de salud se utilizan: el estado de salud subjetiva y el Health Utilities Index (una medida del estado de salud funcional). Los resultados indican que las estructuras de la desigualdad social son los determinantes más importantes de la salud actuando de manera independiente y por su influencia en los determinantes del comportamiento de la salud, encontrándose diferencias estadísticamente significativas en los factores que predicen la salud de mujeres y hombres (69). Basadas en el género, las desigualdades en salud se explican por factores de vulnerabilidad diferencial a las fuerzas sociales entre hombres y mujeres.

Sobre esto existen evidencias explícitas a través de estudios que han demostrado la manera como los diferentes determinantes sociales de la salud pueden influir sobre diferentes condiciones de los sujetos, así por ejemplo el hecho de que las mujeres tengan vidas más largas no se traduce necesariamente en vidas más sanas, ya que como la probabilidad de desarrollar discapacidades aumenta con la edad, la proporción de mujeres con problemas de salud y discapacidad es también mayor. Paradójicamente no existen datos que indiquen el nivel de discapacidad de las mujeres en el mundo;

sin embargo, estimaciones de la OMS sugieren que las mujeres, tanto de países desarrollados como en desarrollo, pueden esperar vivir más años con discapacidad y limitaciones funcionales que los hombres (48).

Entonces los determinantes económicos, sociales, políticos y culturales influyen en la manera en que las mujeres envejecen con consecuencias inimaginables para su salud y calidad de vida, situación que se traduce en el incremento de costos a los sistemas de salud. Por otro lado, la situación de los hombres en países en desarrollo es también delicada, ya que las precarias condiciones laborales y las largas y pesadas cargas de trabajo a lo largo de su vida implican un mayor riesgo de discapacidad (54).

Los datos derivados del estudio nacional sobre salud y envejecimiento en México (ENASEM) (69), revelan que entre las personas de 60 años y más, una mayor proporción de mujeres que de hombres informa tener limitaciones con actividades de la vida diaria (como comer, bañarse, caminar, usar el excusado, ir a la cama), pero solamente en las áreas urbanas (8 % para hombres y 14 % para mujeres). En las áreas rurales, la proporción de personas ancianas con limitaciones es similar para hombres y mujeres (14 %).

Además, es importante considerar cómo la igualdad y la equidad derivan de la ausencia de diferencias en salud, injustas y evitables entre grupos poblacionales definidos social, económica, demográfica o geográficamente (69) y que el contexto social y económico cumple un rol central en el estado de salud de las personas, aunque lo hace a través de factores intermedios (70).

Los estudios longitudinales muestran que cuando se mide el estatus socioeconómico de un grupo de personas y se hace seguimiento para evaluar la aparición de problemas de salud, las enfermedades se presentan en mayor número en aquellas personas ubicadas en los estratos más bajos. Pero esas

causas sociales actúan de manera indirecta, a través de determinantes específicos intermediarios que son distribuidos de manera desigual en la sociedad. Cabe señalar que se han identificado como factores intermediarios: los bienes materiales, los hábitos de vida, los factores psicosociales y los biológicos (70).

Resulta importante también resaltar, aunado a lo anterior, como lo señalan Lip y Rocabado (71), que la variación en las necesidades de las personas y de los grupos sociales, en el campo sanitario pueden derivar de una edad avanzada (por ejemplo, la incapacidad de atender su cuidado personal), de los roles que la sociedad atribuye a los géneros (por ejemplo, la triple carga de trabajo de las mujeres y la violencia familiar contra las mujeres), del lugar donde se reside o trabaja (por ejemplo, la falta de transporte adecuado hacia los servicios de salud, la mayor cantidad de radiación solar y la gran hipoxia a la que están expuestos los habitantes de las grandes alturas, la inseguridad y la violencia en las grandes ciudades, etc.), la situación epidemiológica (por ejemplo, las enfermedades endémicas en una región o en una importante parte del país), y de otros factores sobre los cuales las personas tienen poco o ningún control.

Diversos estudios han ido proveyendo a los tomadores de decisiones de políticas de salud de un creciente cúmulo de evidencias acerca de la importancia de los determinantes clave que influyen sobre la salud de la población (30, 73). Entre estos se encuentran el ingreso y posición social, las redes de apoyo social, la educación, el empleo y las condiciones de trabajo, los entornos físicos seguros y limpios, las características biológicas y la constitución genética, el desarrollo del niño y los servicios de salud. Todos estos determinantes son importantes en sí mismos, y al mismo tiempo están interrelacionados (72).

A la luz de la teoría general de los sistemas, Lip y Rocabado (72) señalan

que la forma ideal de estudiar los determinantes sociales de la salud, basados en que al descomponer analíticamente un sistema en sus elementos para entenderlo y explicarlo, se descompone también el sistema. Desde las Ciencias Sociales, los individuos constituyen el nivel más bajo, le siguen las familias y otros subsistemas sociales de diversos tamaños. Un mismo individuo pertenece a varios subsistemas (en sentido de la *physis* que incluye lo biológico, él mismo es un sistema –o subsistema–), lo cual significa que requerimos trabajar con ordenaciones paralelas de niveles, en que el orden de estos está determinado por la composición de las cosas involucradas.

Es usual que en las Ciencias Sociales se divida la sociedad en dos niveles: micro y macro. Se reconoce, entonces, un esquema de tres niveles: micro, meso y macro. Se asigna a los grupos sociales el nivel meso. Sin embargo, dependiendo de la complejidad del problema en cuestión y de la complejidad explicativa que se pretenda, puede ser necesario utilizar niveles adicionales de organización, por ejemplo, pico, nano, mega y giga, además de los ya mencionados micro, meso y macro (72).

Según Lip y Rocabado (72), estas distinciones de niveles se hacen imprescindibles como marco de trabajo al estudiar los determinantes sociales, debido a que ayudan a caracterizar y explicar los hechos sociales, sea en la modalidad «de abajo hacia arriba» (ascendente) o «de arriba hacia abajo» (descendente).

Mientras los niveles más altos (macro) revelan regularidades masivas, los niveles más bajos (micro) revelan una gran cantidad de detalles. Los mismos autores plantean que “metafóricamente puede afirmarse que, para comprender la salud y la sociedad, los dos son claves. El primero coloca a los individuos (y grupos) en contexto y el segundo apunta a las fuentes de los rasgos estructurales. Ambos movimientos (ascendente y descendente)

son paralelos y mutuamente complementarios; ninguno de ellos es final”. Entonces, comprender la salud de un grupo poblacional requiere abordarla sistemáticamente.

La perspectiva sistémica de la salud, entonces, implica relacionar tres espacios: a) singular, individual o microsistema; b) particular, subsistemas o mesosistema, y c) general o macrosistema, esto es, esquemáticamente la sociedad puede representarse como una red social de tres niveles en la cual es imposible desvincular las relaciones de sus elementos relacionados: los componentes del sistema (nodos) se presentan como relacionados (líneas).

Así, para los intereses de la presente investigación este abordaje de la perspectiva ecosistémica se constituyó en un gran aporte pues se hace evidente cómo la salud de los grupos sociales está determinada por factores y hechos de los espacios general e individual, así como también, está determinada por la interrelación del grupo estudiado con los otros grupos sociales. Hay, entonces, una triple determinación. La salud de la población aborda el entorno social, laboral y personal que influye en la salud de las personas, las condiciones que permiten y apoyan a las personas en su elección de alternativas saludables, y los servicios que promueven y mantienen la salud.

En el estudio sobre los determinantes sociales de la salud en Perú, desarrollado por el Ministerio de Salud y publicado en 2005 (72), se cuestionan sobre qué tipo de personas tienen mejor salud, y se responden: «La gente que ocupa las posiciones sociales más altas vive más tiempo. Entre tanto, además, goza de mejor salud». Esta relación persiste, independientemente del sexo, la cultura o la raza, aunque las causas de la enfermedad y la muerte pueden variar. Parece ser que el ingreso económico y la posición social son los factores determinantes más importantes de la salud (72).

Retomando la afirmación de que a mayor nivel de pobreza mayores pro-

habilidades de enfermedad hay, en Perú las condiciones sociales para el adecuado desarrollo de niños sanos son escasas para las grandes mayorías (71). La mayor parte de los pobres son niños y la mayor parte de los niños son pobres. El 14,8 % de los pobres son niños menores de 5 años de edad. En la sierra rural peruana, donde viven aproximadamente 5 millones de personas, 68 % de ellas son pobres y casi 32 % son pobres extremos. En este ámbito, el 74 % de los niños son pobres y 37 % son extremadamente pobres (UNICEF, 2001). Esto se corrobora con los datos arrojados por el total de establecimientos dependientes del Ministerio de Salud que indican que, en el año 2000, el 46,2 % de los consultantes eran no pobres, el 40,2 % eran pobres no extremos y el 13,6 % pobres extremos (71).

La ausencia o insuficiencia de recursos económicos fue la razón mencionada por la gran mayoría de los entrevistados peruanos (74,3 % en 1997 y 82,2 % en el 2000) que no pudieron consultar a un servicio de salud pese a autoperibirse como enfermos (71). Existe, entonces, una clara relación entre el nivel de pobreza y el de utilización de los servicios de salud. Por un lado, la utilización entre los más pobres ha variado entre 27,8 % en 1985 y 40,5 % en el año 2000. Por el otro lado, en quienes tienen mayor ingreso, la variación ha sido desde 49,8 % hasta 66,7 %, en los años mencionados (71). Si bien ha aumentado la utilización de los servicios en todos los grupos, la mayor utilización sigue correspondiendo a los no pobres (71).

SOBRE LOS RESULTADOS DE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD Y LA DISCAPACIDAD: ESTUDIO MULTICÉNTRICO

Como se planteó en la introducción, este capítulo muestra los resultados del estudio multicéntrico desarrollado en seis ciudades de Colombia, donde a partir del enfoque empírico-analítico, se buscó obtener datos fácticos desde los cuales se pudieran caracterizar los comportamientos de los deter-

minantes sociales de la salud (estructurales e intermedios) y los componentes de la discapacidad (deficiencia, limitación en la actividad y restricción en la participación). Fue un estudio descriptivo con una fase correlacional (de análisis univariado y bivariado), cuya pretensión fue describir si existe o no relación entre los determinantes sociales de la salud (estructurales e intermedios) y los componentes de la discapacidad (deficiencia, limitación en la actividad y restricción en la participación).

Se incluyó un total de 83.450 registros de las personas con discapacidad, identificadas para la localización y caracterización de personas con discapacidad en las ciudades de Manizales, Tuluá, Barranquilla, Medellín, Tunja y Santiago de Cali (2005), el cual fue entregado a los investigadores por parte de la Secretaría de Salud de cada municipio (cabe resaltar que los datos son válidos para toda la población accesible mediante el Censo DANE en Discapacidad).

En el presente estudio no se hizo uso de muestreo dado que se trabajó con el total de la población del marco censal (Registro 2005) (18). En este sentido el margen de error para la muestra y el nivel de confiabilidad no tuvo que ser calculado. El análisis de datos se realizó mediante el programa SPSS-PC for Windows 19 (2008), con Licencia de la Universidad Autónoma de Manizales. Las implicaciones éticas del proyecto presentaron un nivel de riesgo mínimo de acuerdo a lo estipulado por la Resolución 008430 del 4 de octubre de 1993 (72), en razón que la manipulación de los participantes en el estudio fue nula siendo el proceso una valoración por análisis y medición de bases de datos, aspectos que no atentan contra la integridad física y mental de las personas.

En cuanto a los resultados y su discusión, se puede plantear de manera general que los factores como: ingreso, empleo, estrato y educación son importantes aspectos del bienestar y la salud, que están presentes como

categorías centrales en el discernimiento sobre determinantes sociales de la salud y la discapacidad. Algunos de los estudios analizados, como los de Tovar y García (40), Rodríguez (44), Tovar (43) y Zambrano (38), han usado los determinantes como una forma de aproximarse al conocimiento de los factores mayormente relacionados con la exclusión social, eso puede entenderse en la medida en que las investigaciones confirman su capacidad para estimar los niveles de bienestar, mejor de lo que lo harían otros satisfactores.

Los determinantes han sido usados como indicadores de efectividad de políticas públicas que tienen correspondencia con determinantes sociales en salud. En todos se encuentra que la salud de las personas que viven en zonas rurales es más afectada dependiendo del sistema de seguridad social en el que estén inscritos. Asimismo, se encuentra como base de la percepción de un buen estado de salud el ingreso mensual. La determinante educación se reveló como uno de los principales mecanismos para aumentar o disminuir el nivel de salud.

Los resultados del análisis del registro en las diferentes ciudades señalan que, a nivel de discapacidad relacionada con determinantes como el ingreso, el estrato socioeconómico, la edad y la educación, se pueden corroborar las afirmaciones de Tovar y García (40), y Lip y Rocabado (71), debido a que del total de personas con discapacidad y limitaciones el 2,4 % se encuentra en el estrato alto (estratos 5 y 6), el 3,0 % ha aprobado niveles de estudios superiores (pregrado, posgrado), solo el 0,8 % contó con un ingreso superior a 3 salarios mínimos en el año 2005, y, el 30 % se encontraba afiliado al SGSSS en régimen contributivo y especial. Según lo anterior, los estilos y hábitos y las condiciones de vida como el entorno físico del individuo (hogar, escuela, trabajo) y las estructuras sociales (servicios, sistemas de salud, ciudad) están íntimamente relacionados con la generación de condiciones que crean o exacerban la discapacidad (12,58).

Los análisis estadísticos de Rodríguez (44) para Colombia, encontraron que existe una relación positiva entre un buen estado de salud y el hecho de vivir en una zona urbana; también se muestra que al aumentar la edad aumenta la probabilidad de presentar un problema de salud, y esta es mayor para las mujeres con respecto de los hombres, y que la población sin seguro y la subsidiada es la más vulnerable ante la presencia de un problema de salud. Esta afirmación converge con los resultados de la presente investigación en cuanto que, en su mayoría son adultos mayores de 65 años las personas con discapacidad (41,5 %), y por su condición unida al proceso natural de envejecimiento pueden presentar mayores probabilidades de tener problemas de salud (62).

Además, se encontró que mayor número de mujeres que de hombres tienen al menos una discapacidad, que pertenece al régimen subsidiado del SGSSS un 62,8 % y no se encuentra afiliado un 5,7 %. Para el caso de los no afiliados asciende hasta el 43 % la nula asistencia a servicios de salud, mostrando claramente que la población sin seguro es la más vulnerable ante la presencia de un problema de salud (44).

También cabe destacar los resultados obtenidos por Hernández y Hernández (39) los cuales establecen que la vulnerabilidad debida a la discapacidad es diferente según: 1) Género: con mayor impacto en hombres; 2) Edad: mayor impacto para los grupos de mayor edad, y mayor riesgo potencial de discapacidad en el grupo de 25 a 55 años; 3) Área: mayor en áreas rurales y, 4) Nivel socioeconómico: las personas en condición de discapacidad (PCD) pertenecen a los estratos más bajos. Destacan las diferencias en la vulnerabilidad entre las personas con discapacidad, pues según el estudio se encuentran en los estratos 1 y 2, tienen un bajo nivel educativo y de ingresos, se ubican en las cabeceras municipales. Asimismo, los autores manifiestan que existe mayor prevalencia de discapacidad en mujeres que

en hombres, resultados similares a los encontrados en las diferentes ciudades y remiten a una preocupación constante por las mejoras de aquellos determinantes intermedios que pueden llegar a impactar en la condición de salud de las personas con discapacidad.

Resulta diferente en el aspecto de la vulnerabilidad en relación con el tipo de área en donde se vive; para el estudio se encontró que el 6,4 % de la población con discapacidad, vive en espacios rurales, prevaleciendo el espacio urbano de habitación en cabeceras en un 88,7 % (5.452 personas registradas).

Teniendo en cuenta otros estudios, con respecto también al género y la discapacidad, se puede evidenciar que ciudades como Manizales (19), tiene una mayor prevalencia en cuanto al género femenino que el masculino en la discapacidad. Por ejemplo, del total de registrados ($p=6.150$), son mujeres el 48,3 % (3.181), y son hombres el 51,7 % (2.969), lo que se relaciona con los resultados de cifras globales de discapacidad para el Eje Cafetero (20).

Además, en el estudio de Cruz-Velandia y Hernández-Jaramillo (29), del total de personas registradas, en Bogotá ($n=86.622$), son hombres el 41,6 % (36.777) y mujeres el 56,4 %, (49.845) y para el estudio de Obando et al (41) en Popayán, con familias desplazadas, no hubo diferencias significativas en cuanto al sexo en las 64 personas con discapacidad; sin embargo, las investigadoras anotaron que predomina en mujeres. Lo anterior ratifica las estimaciones de la OMS (29) y los datos derivados del estudio nacional sobre salud y envejecimiento en México (ENASEM) que sugieren que las mujeres, tanto de países desarrollados como en desarrollo, informan tener más limitaciones con actividades de la vida diaria (mujeres de las áreas urbanas más que mujeres de áreas rurales) y que también pueden esperar vivir más años que los hombres a pesar de la discapacidad y las limitaciones funcionales.

Es posible hallar una relación directa entre la edad y la prevalencia de la discapacidad. Los datos de los registros de Bogotá, Manizales y Cauca sugieren que con la edad aumenta la discapacidad. En el caso de Bogotá, mientras 79 de cada 1.000 personas mayores de 50 años están en situación de discapacidad, en los menores de 50 años, la relación es 7 por cada 1.000. Esto se relaciona con el presente estudio, ya que los datos se encuentran entre los 50 y los 79 años de edad, más del 40 % de la población con discapacidad, lo que también se relaciona con el estudio de “Discapacidad en población desplazada en el Cauca, Colombia” (41) ya que se encontró con mayor frecuencia en ancianos la presencia de discapacidad, probablemente por los cambios degenerativos que se dan llegado este ciclo vital.

Los datos sugieren que la discapacidad se concentra en el grupo de mayores de 60 años, lo cual podría responder a la transformación poblacional en términos del aumento paulatino que ha tenido este grupo etario en las últimas décadas. No obstante, quizás deba suponerse que la elevada proporción de personas mayores de 60 años con discapacidad podría ser el resultado de equiparar los procesos de envejecimiento con la discapacidad y la salud, enfermedades propias de la vejez que exacerbaban los procesos propios de envejecer con discapacidades o de generar discapacidades en ese ciclo vital.

Tanto en edad, como en género, estrato y tipo de área de vivienda, se encontró además, en el presente estudio, asociación con la restricción en la participación. Se corrobora entonces así, que tener una discapacidad y estar en cierto ciclo vital (en este caso adultez y vejez) y género, además de vivir en lugares particulares con un estrato dado por los ingresos, es determinante para las múltiples dinámicas sociales del individuo. En el caso del estudio, entre el género y la restricción en la participación ($X^2= 31.02$, $p: .000$) se encontró asociación, la dependencia entre estos se confirmó a través del coeficiente de phi (-.071).

Por otra parte, sobre el acceso a la educación, mientras que en el Cauca (43), de las personas con discapacidad y desplazada el 64,1 % (41/64) tiene un nivel de escolaridad básico, el 29,7 % (19/64) no ha realizado ningún tipo de estudio. Para el caso de Bogotá (52) el 23,5 % de las personas con al menos una discapacidad no ha realizado estudios, 26,4 % no ha culminado los estudios primarios y solo 5,4 % cuenta con un nivel de escolaridad igual o superior a la educación básica secundaria completa. De los registrados, el 39,4 % sí estudiaban en 2005, esto relacionado con el análisis bivariado sobre determinantes intermedios y su relación con la deficiencia y limitación en la actividad.

Lo anterior confirma el planteamiento sobre la relación entre la incidencia y las consecuencias de la discapacidad con determinantes sociales que se presentan con mayor frecuencia en zonas de bajos ingresos y bajo nivel educativo al tener mayor exposición a diversos factores de riesgo (5). Al respecto, se reconoció que existe también asociación positiva, entre el último nivel educativo y la restricción en la participación, lo que señalaría que tener un nivel educativo adicional, respecto del hecho de no tener ninguno, se relaciona de forma positiva con el estado de salud; lo que puede demostrar que, a mayor nivel educativo, mejor estado de salud que contribuye a la participación social. Así lo confirman los hallazgos de Tovar y García (40) que indican que cuando aumenta el nivel educativo aumenta la probabilidad de que las personas perciban su estado de salud como muy bueno y sean más activas.

Según Cruz-Velandia y Hernández-Jaramillo (29), en Bogotá habita en los estratos 1 y 2 el 59,1 % de la población registrada (51.250), 14,8 % corresponde al estrato socioeconómico 1; 43,3 % al 2; 3,9 %, al 3; 2,27 %, al 4; 0,14 %, al 5 y 0,004 % al 6. En Manizales se reconoció que se ubican en los estratos socioeconómicos así: estrato 1, con 26,1 %, estrato

2 con un 39,9 %; estrato 3 con 23,8 %; 4, 4,8 %; 5 y 6, con 1,3 % y 1,1 % respectivamente. En ambos casos la mayoría de las personas está categorizada en estrato 2 que implica situación de pobreza (5) y se relaciona estrechamente con factores socioeconómicos que determinan la salud (51). Sin embargo, pudo observarse que no existe asociación entre el determinante estrato y la restricción en la participación para este municipio.

Otro determinante estructural sociodemográfico es la raza, que como factor personal (43,44) se clasifica dentro de aquellas circunstancias de construcción social y es factor de exclusión, y que influye en las desigualdades de salud, así como el género (15,25). Además, en el presente estudio, se vio la existencia de asociación entre la determinante raza y la restricción en la participación (factor de orden social).

Con respecto al origen de la discapacidad se encontró también relación directa con determinantes sociales, políticos y de equidad en las naciones, que se refieren al acceso de las poblaciones a los servicios de salud y al tiempo, a su adecuada e inadecuada prestación, así como a programas de prevención y promoción de algunos países (23,30,49,53). Conocer los determinantes estructurales que dan origen de la discapacidad, tiene asociación positiva con la restricción en la participación ($\phi = .098$).

Para Tovar y García (40) existe una relación positiva entre el ingreso promedio del hogar y los mejores estados de salud. Así, la probabilidad de que una persona demande más los servicios de salud cuando el ingreso promedio aumenta es mucho menor. Igualmente, ese estudio encontró que la probabilidad de tener un buen estado de salud aumenta en el género masculino y disminuye en el femenino, y que, a medida que aumenta la edad las personas tenían menos probabilidades de percibir su estado de salud como muy bueno; aunado a ello, los hallazgos de su estudio indican que cuando aumenta el nivel educativo aumenta la probabilidad de que las

personas perciban su estado de salud como muy bueno. En sus hallazgos, existe una relación positiva entre un buen estado de salud y el hecho de vivir en una zona urbana.

Otro estudio de Tovar (43) señala también que existe relación positiva entre el ingreso promedio del hogar y los mejores estados de salud. Así, la probabilidad de que cuando el ingreso promedio del hogar aumenta, una persona demanda menos atención en salud porque la salud mejora. Los hallazgos del presente estudio son muy similares, pues se encontró que no devenga ningún salario el 71,2 % de las personas registradas, con discapacidad aspecto que podría llegar a impactar su salud.

Los estudios de Colombia, hechos por Tovar y García (40) y Tovar (43), se relacionan con el estudio realizado en Perú (72) en el que afirman que a mayor nivel de pobreza mayores probabilidades de enfermedad hay. En ese estudio se encontró que “la ausencia o insuficiencia de recursos económicos fue la razón mencionada por la gran mayoría de los entrevistados peruanos (74,3 % en 1997 y 82,2 % en 2000) que no pudieron consultar a un servicio de salud pese a autoperibirse como enfermos” (71). En este orden de ideas, el estudio de Zambrano (39) ha demostrado el papel de algunos determinantes sociales y económicos, como la región, la zona donde se habita, el nivel educativo y los ingresos sobre el estado de salud, el acceso a los servicios y la autopercepción del estado de salud.

En relación con la cobertura de aseguramiento alcanzada por el Sistema General de Seguridad Social en Salud en la población en situación de discapacidad solo el 15,6 % (10) pertenece al Régimen Subsidiado de Salud entre los desplazados discapacitados del Cauca; en Bogotá, 75,6 % está afiliada, y con respecto al tipo de afiliación, 31.291 personas (47,3 % del total) pertenecen al régimen contributivo, 49 % al régimen subsidiado y 3,7 % a alguno de los regímenes especiales, mientras 0,1 % desconoce a

qué tipo de régimen pertenece (54). Lo anterior ratifica lo expuesto por Rodríguez (44) quien manifiesta que “la ausencia de una buena participación al SGSSS repercute en el estado de salud, en muchas ocasiones, inhabilitando a los individuos y las familias para lograr el desarrollo personal y la mejora de procesos de recuperación de dolencias”. Señala también que el bienestar económico de cada familia, la buena salud de la población es un factor esencial para la reducción de la pobreza, el crecimiento y desarrollo económicos de las naciones a largo plazo.

Estas afirmaciones se complementan con el resultado del análisis bivariado que encontró asociación estadísticamente significativa entre la restricción en la participación y el determinante intermedio denominado tipo de afiliación al SGSSS ($X^2= 7.43$, $p= .024$), la actividad que se encuentra desarrollando en los últimos 6 meses ($X^2= 3937.81$, $p= .000$) y el ingreso mensual promedio ($X^2= 237.51$, $p= .000$), ya que el tipo de trabajo que se tenga o no y la afiliación al sistema de seguridad social y el ingreso económico influyen sobre el estado de salud de las personas con discapacidades, como lo han indicado anteriores estudios (31,59).

Para aquellos que reportaron dificultades o limitaciones para realizar sus actividades diarias sobresale la dificultad más frecuente que es pensar y memorizar en un 52 % (3.199), en segundo lugar la que está relacionada con actividades como caminar, correr o saltar, que afectan al 50,2 % (3.088), mientras que en Bogotá (52) la primera es caminar, correr y saltar afectando al 59,6 % (52.348) de personas en situación de discapacidad y le sigue la dificultad para pensar y memorizar, que afecta a 44,7 % de las personas registradas (39.311 personas). Los determinantes estructurales relacionados con la deficiencia y la limitación en la actividad que influyen más son las barreras en vivienda y entorno físico y pudo verse en el presente estudio con la asociación positiva en restricción en la participación por este

aspecto ($X^2= 110.23$, $p= .000$), la dependencia entre estos determinantes se confirmó a través del coeficiente phi (-.134).

Lo anterior hace referencia clara a lo expuesto por Sen (13), sobre la pobreza como factor número uno de privación de necesidades básicas que se evidencia en resultados de los estudios de Canadá en los que afirman: “los que vivían en los hogares de ingresos más bajos tenían una tendencia cuatro veces mayor a describir su salud como regular o mala que aquellos que vivían en los hogares con ingresos más altos”. Para subsanar esto se sugiere que haya una “política de crecimiento económico que reduzca las inequidades en la distribución del ingreso que lleve a mejores niveles de salud de la población” (58), la población pobre es la más vulnerable ante la presencia de un problema de salud y la ausencia de dinero continúa siendo una de las principales barreras para acceder a los servicios de salud. En su estudio los resultados indican, al igual que en el presente, que la población asegurada, no obstante contar con seguro, también aduce la falta de dinero como limitante del acceso -14,4 %- y dentro de la población asegurada el mayor impacto de este determinante sobre la población pobre sin capacidad de pago -régimen subsidiado, 17 %-.

En cuanto al determinante intermediario Barreras Actitudinales, la mayoría de las personas registradas declararon no sentir afectadas sus actividades diarias como consecuencia de actitudes negativas provenientes de personas a su alrededor. El 85 % de las personas con discapacidad registradas, encuentra en determinantes intermediario Barreras Físicas (arquitectónicas) así: 61 % en la vía pública, 58 % en su residencia y 53 % en los vehículos de transporte público, paraderos y terminales.

Entonces, independientemente del tipo de deficiencia, la población que se encuentra en situación de discapacidad identifica la vivienda y la vía pública como los lugares donde se genera la mayor cantidad de barreras

físicas que repercuten en su participación social, recreativa y accesibilidad. Así las cosas, vivienda y vía pública concentran, en conjunto, alrededor del 80 % de las barreras.

Hernández y Hernández (39) indican como importante hallazgo los diversos beneficios físicos y mentales que tienen para las personas con discapacidad la participación en actividades deportivas y de ocio. Como la principal razón de participación, los autores señalan la búsqueda de afectividad social (amigos, afecto, participación); frente a esto llama la atención que uno de los aspectos que más influye en la restricción en la participación para el caso de las actividades deportivas es la presencia del determinante intermediario Actitudes Negativas (barreras). Al respecto, el presente estudio destaca que las actitudes negativas estuvieron asociadas a la restricción en la participación, (48).

En cuanto a participación en el mercado laboral, tan solo el 15,5 % se encuentra trabajando y solo tiene contrato a término indefinido el 1,3 % (83 personas). Ello deja ver que el determinante intermediario Barrera cobra importancia con respecto a la participación social-laboral, por ejemplo, sobre las ocupaciones que les permiten participación social (independientemente del tipo de contrato laboral). Se halló que 7,3 % desarrolla actividades relacionadas con servicios y 2,6 % (157 personas) desarrolla actividades comerciales; las demás ocupaciones de participación en el mercado laboral son más bajas. El 58,4 % no respondió.

Finalmente, con respecto a participación, las oportunidades de educación están restringidas en las personas en situación de discapacidad; se encuentra que social y económicamente están excluidas de las oportunidades de participación en empleo, y sus ingresos no permiten alcanzar los satisfactores sociales requeridos para lograr una adecuada calidad de vida en la que se acceda y participe socialmente de muchas actividades; igualmente las actitudes juegan un papel importante en esta participación.

A MANERA DE CONCLUSIÓN

El análisis global por grupos de factores personales y ambientales, señala mayor peso de los ambientales en la generación y exacerbación de la discapacidad, en la medida en que responden a determinantes relacionados con modos y condiciones de vida asociados con servicios, sistemas y políticas. Los factores personales —especialmente los relacionados con edad, género y estructura y función corporal— demuestran un comportamiento dependiente, debido a que existe una mayor proporción de mujeres y de personas mayores de 60 años con discapacidad y con limitaciones del movimiento y del sistema nervioso.

Al analizar los determinantes estructurales de la salud y la discapacidad, se encontró que existe una diferencia porcentual por género, en el que las mujeres constituyen el grupo de mayor vulnerabilidad; en el grupo de personas de raza mestiza se concentra la discapacidad y en el ciclo vital de adultez mayor a ancianidad. Además, a lo anterior se suma que las personas con discapacidad tienen bajo nivel educativo, viven en la cabecera municipal en un alto porcentaje, con menos de un salario mínimo mensual legal vigente (SMMLV), y pertenecen a los estratos más bajos (1 y 2) haciendo parte de los hogares calificados como pobres, lo que pone de manifiesto la reducida capacidad de movilidad que ellas tienen dentro de la estructura social.

En cuanto al origen de la discapacidad, como determinante estructural, se resalta cómo la mayoría de la población desconoce su origen y quienes sí lo conocen, respondieron que es producto de enfermedad general. El conocimiento del origen de la discapacidad es fundamental para las estrategias de habilitación y rehabilitación y el tipo de intervenciones a realizar por parte del SGSSS, y no conocerlo dificulta estos procesos.

Por otra parte, identificados los determinantes sociales intermedios, se observa que su comportamiento señala que en general la población de estudio ha visto afectada su capacidad para el trabajo por su discapacidad y se encuentra en su mayoría incapacitada permanentemente para trabajar y no reciben pensión. El trabajo al que se dedican es de oficios del hogar o trabajo independiente e informal, de comercio no calificado, por lo que el tipo de afiliación al SGSSS es en calidad de subsidiado para la gran mayoría. El desempleo, el subempleo y el trabajo estresante se asocian con un estado de salud deficiente. Las personas que tienen más control sobre las condiciones laborales son más sanas y con frecuencia viven más tiempo.

Los demás determinantes intermedios indican que la población registrada ha sido remitida y asiste a servicios de rehabilitación (sobre todo fisioterapia) y ha sido formulada permanentemente con medicina farmacológica. Las personas con discapacidad viven con menos de un salario mínimo mensual y habitan y pagan arriendo de casa. Algunos manifestaron no recibir rehabilitación por falta de dinero, según esto, las condiciones de vida como el entorno físico del individuo (hogar, escuela, trabajo) y las estructuras sociales (servicios, sistemas de salud, trabajo) están íntimamente relacionadas con la generación de condiciones que crean o exacerbaban la discapacidad, retomándose el hecho de que se encontró asociación estadísticamente significativa entre los determinantes restricción en la participación y asistencia a rehabilitación.

El análisis de determinantes intermediarios demostró que muchas de las personas en situación de discapacidad no tienen protección social en salud y no reciben por tanto rehabilitación. A ello se le suma que un alto porcentaje de quienes no asisten a rehabilitación, refieren como razones la inaccesibilidad de los servicios, además de no tener dinero, dificultad para desplazarse y el requerir compañía para el traslado. El no tener acceso a

los servicios de rehabilitación podría representar la dependencia y la existencia de barreras para la participación de las personas en situación de discapacidad.

Se explica entonces la situación de discapacidad por el desajuste en el ambiente físico y social relacionado con las particularidades del funcionamiento humano. Así, la discapacidad se explica en razón de la distancia entre las demandas del ambiente y las libertades y derechos de las personas en situación de discapacidad no por la mal llamada “incapacidad” del individuo para responder a las demandas del ambiente. Como se observó en el análisis, son las barreras físicas y actitudinales, la restricción en el acceso a los servicios, así como los sistemas, los que dan lugar a la exclusión social de las personas con discapacidad.

En el presente estudio además de lo anterior, se propuso caracterizar los componentes de la discapacidad en cuanto a deficiencias en funciones y estructuras corporales, limitaciones en la actividad y restricciones en la participación e interacción, según los criterios del funcionamiento y discapacidad de la CIF.

Al respecto se concluye que el comportamiento del fenómeno y sus tendencias evidencian que hay interacción negativa entre las deficiencias (condición de salud) de las personas registradas y los aspectos que integran su cotidianidad que corresponden a los factores contextuales (factores ambientales y personales) que la CIF menciona y que derivan del modelo biopsicosocial.

Es así como el alto porcentaje existente en dificultades permanentes para caminar, correr y saltar, merma las actividades y participación de las personas con discapacidad siendo el aspecto relacionado con el funcionamiento humano desde una perspectiva individual como social. A nivel de factores

personales claves para abordar la discapacidad, ser mayor de 60 años, ser mujer, vivir en estrato bajo y tener bajo nivel educativo, entre otros, se hacen relevantes y se relacionan con hallazgos de estudios nacionales e internacionales al respecto. En cuanto a factores ambientales, también presentes en la CIF, lugar donde se vive y tipo de vivienda, tipo de trabajo e ingreso, tipo de tenencia del servicio de salud, también indican la afectación en el funcionamiento por condiciones culturales, sociales y de estilos de vida.

Determinantes estructurales e intermediarios de la salud y la discapacidad fundamental se unen ante la posibilidad de participación y acceso (a nivel social, laboral, educativo, recreativo, etc.), punto en el que los resultados indican que son las barreras en vivienda y entorno físico las que limitan en gran medida a las personas con discapacidad. Además, se puede enlazar con las alteraciones permanentes que más limitan las actividades diarias (movimiento del cuerpo y afectaciones del sistema nervioso), pues se encontró asociación positiva de este factor con las restricciones en la participación social en diferentes niveles.

En este estudio se halló asociación estadísticamente significativa entre los determinantes estructurales e intermedios y la restricción en la participación de las personas registradas, al igual que con el tipo de deficiencia y limitación en la actividad, tanto a nivel educativo, laboral, cultural y recreativo y de sistema de salud, teniendo en cuenta, por ejemplo, tipo de alteración y origen con las barreras arquitectónicas que se encuentran y las barreras en acceso a otro nivel como la del tipo de afiliación al SGSSS, el desempleo, unidos a la edad y el género. Todo esto unificado se relaciona con una base actitudinal de enseñanza-aprendizaje sobre la discapacidad y la funcionalidad, del seguimiento pobre e inadecuado de políticas públicas (sociales y urbanísticas), entre otros factores.

Finalmente, según los hallazgos, son cuatro los aspectos de mayor impor-

tancia para establecer la relación existente entre los determinantes sociales de la salud (estructurales e intermedios) y los componentes de la discapacidad (deficiencia, limitación en la actividad y restricción en la participación). En primer lugar, el nivel educativo alcanzado debido al estrato socioeconómico por tipo de trabajo y salarios, junto a tipo de discapacidad y limitación; en segundo lugar, la baja cobertura de afiliación a la seguridad social; tercero, el costo de los servicios y las barreras económicas como determinantes principales del acceso, y cuarto, las inequidades en el acceso de todos los anteriores. La situación se torna más compleja para los discapacitados no afiliados al SGSSS, pues la falta de dinero es la razón para no utilizar el servicio de salud y rehabilitación a pesar de tener necesidad, y obliga a revisar las barreras que siguen imponiéndose desde el punto de vista financiero a quienes cuentan con la afiliación, dado que al interior de la población asegurada se siguen presentando limitantes de acceso y más aún, estas limitaciones impactan de manera más importante a la población pobre sin capacidad de pago de la que hace parte la población estudiada, por ejemplo, en el elevado costo de cuotas moderadoras por la prestación del servicio.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Álvarez LS. Los determinantes sociales de la salud: Más allá de los factores de riesgo. *Rev. Gerenc. Polit. Salud.* Bogotá (Colombia). 2009; 8(17):69-79.
2. Egea GC, Sarabia SA. *Epidemiología de la discapacidad en Informe Mundial sobre la Discapacidad.* Organización Mundial de la Salud. Ginebra, Suiza 2011.
3. Brandt E, Pope A. *Enabling America: Assessing the role of rehabilitation science and engineering.* Washington: National Academy Press. 1997.
4. Brigeiro MI. Cuerpo, cultura y discapacidad: Aproximaciones analíticas desde la teoría social. En: Cuervo C, Trujillo A, Vargas D, Mena B,

- Pérez L, editores. Universidad Nacional de Colombia, Bogotá. 2005.
5. Banco Interamericano de Desarrollo (BID). Discapacidad y Desarrollo Inclusivo. In: BID. 2010.
 6. Castillo Arenal T. Discapacidad, pobreza y Objetivos del Milenio (sitio en Internet). (citado 12 Ene 2010). Disponible en: <http://www.eldiario-montanes.es/prensa/20071203/opinion/articulo>
 7. The global burden of disease: 2004 update. Geneva, World Health Organization. 2008.
 8. World Health Organization (WHO). The World Bank. World Report on Disability. Library Cataloguing in publication data. 2011.
 9. Gutenbrunner C, Abuchaibe S, Lugo LH, Escobar LM. Libro Blanco de Medicina Física y Rehabilitación en América Latina. Medellín-Colombia: Ideografic S.A.S. 2012.
 10. Cuervo C, Trujillo A, Vargas D, Mena B, Pérez L, editores. Discapacidad e Inclusión Social: Reflexiones desde la Universidad Nacional de Colombia. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia. 2005.
 11. Idrovo AJ, Ruiz-Rodríguez M. Una visión global a la salud de la población en Colombia: rol de los macro determinantes sociales. *Biomédica*. 2007; 27: 333-344.
 12. Vargas DR. Representaciones sociales de la discapacidad en los Consejos Locales de Discapacidad de Bogotá D.C. 2006.
 13. Sen A. ¿Por qué la equidad en salud? *Rev Panam Salud Pública* (serial Internet). 2002, June: 11(5-6):302-309.
 14. Departamento Administrativo Nacional de Estadística DANE. Proyecciones de población por sexo y edad: 1985-2006. Bogotá: Ediciones DANE; 1999. (Consultado 15 mayo 2011).
 15. Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Dirección de Censos y Demografía. Grupo de Discapacidad. Identificación de las personas con discapacidad en los Territorios desde el rediseño del Registro. DANE. 2008.
 16. Gómez Beltrán JC. Discapacidad en Colombia: Reto para la inclusión

- en capital humano. Fundación Saldarriaga Concha, editor. 2010. (Consultado 15 octubre 2012). Disponible en: <http://www.colombialider.org/wp-content/uploads/2011/03/discapacidad-en-colombia-reto-para-la-inclusion-en-capital-humano.pdf>
17. Departamento Nacional de Planeación. Política Pública Nacional de Discapacidad. Documento CONPES Social 80, julio 26 de 2004.
 18. Dirección de Censos y Demografía. Base de Datos del Registro para la Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad. 2005-2006. Bogotá DC, Colombia. DANE. 2008. (Consultado 8 septiembre 2011).
 19. Fundación Saldarriaga Concha. La discapacidad en el contexto del Sistema General de Seguridad Social en Salud en Colombia: Lineamientos, epidemiología e impacto económico. Fundación Santa Fe de Bogotá, editor. 2009. (Consultado 15 octubre 2012). Disponible en: <http://mesadesplazamientoydiscapacidad.files.wordpress.com/2010/05/doc-fundac-2009.pdf>
 20. Barrera, O. Boyacá: El devenir de la APS Secretaría de Salud de Boyacá. Dirección de Salud Pública. CIMDER Sistema de Información comunitaria en APS-SICAPS. 2009.
 21. Duque LF. Sistema de vigilancia epidemiológica de la violencia para los municipios colombianos. Rev. Fac. Nacional de Salud Pública. 2008; 26(2):196-208.
 22. Contreras L. La política para el deporte y la recreación de Medellín. Una alternativa para la solución de los problemas. Instituto de Recreación y Deportes de Medellín-INDER. 2004. p.2-67.
 23. The World Bank. Indicators: Gini Index. (Internet). (Consultado el 4/4/2012.) Disponible en: <http://data.worldbank.org/indicator/SI.POV.GINI?display=default>
 24. Amate A, Vásquez A. Lo que todos debemos saber. Biblioteca –Sede OPS– Washington D.C, OPS, 2006.
 25. Liendro L. El desafío del reordenamiento urbano. Sociedad Central de Arquitectos, “Corriente de la Dignidad”, Buenos Aires. [sitio en

- Internet]. 2007[citado 11 Ene 2010]. Disponible en: <http://luisliendro.galeon.com/aficiones1448715.html>
26. Díaz E. Estratificación y desigualdad por motivo de discapacidad. *Intersticios*. 2011; 5(1):157-170.
 27. Freedman VA, Grafova IB, Schoeni RF, et al. Neighborhoods and disability in later life. *SocSciMed*. 2008; 66:2253-67.
 28. Organización Mundial de la Salud (OMS). Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF). Madrid: Instituto de Migraciones y Servicios Sociales. 2001.
 29. Cruz-Velandia I, Hernández-Jaramillo J. Magnitud de la discapacidad en Colombia: una aproximación a sus determinantes. (Revista en línea), *Rev. Cienc. Salud*. 2008.
 30. Wilkinson R, Marmot M. *Social Determinants of Health: The Solid facts*. (Libro electrónico). Copenhagen: WHO. 2003. 2nd. Edición.
 31. Commission on Social Determinants of Health. *A conceptual framework for action on the social determinants of health*. Geneva: WHO. 2007.
 32. Lip LC, Rocabado Quevedo, F. Cuadernos de Promoción de la Salud N° 17: Determinantes sociales de la salud en Perú. (Revista en línea). Lima: Ministerio de Salud; Universidad Norbert Wiener; OPS, 2005; 84.
 33. Gómez BJ. Discapacidad en Colombia: Reto para la inclusión en capital humano. Fundación Saldarriaga Concha, editor. 2010.
 34. Emerson E, Madden R, Graham H, Llewellyn G, Hatton C, Robertson J. *The health of disabled people and the social determinants of health*. Public Health Research Consortium, University of York, York, UK. 2010. doi:10.1016/j.puhe.2010.11.003.
 35. Diderichsen F, Evans T, Whitehead M. The social basis of disparities in health. In: Evans T, Whitehead M, Diderichsen F, Bhuiya A, Wirth M, editors. *Challenging inequities in health: from ethics to action*. Oxford: Oxford University Press. 2001.
 36. Cott CA, Gignac MA y Badley EM. Determinants of self rated health for Canadians with chronic disease and disability. *J Epidemiol Community Health*. 1999; 53:731-736. doi:10.1136/jech.53.11.731.

37. Evans R, Barrer M y Marmor, T. ¿Por qué alguna gente está sana y otra no? Los determinantes de la salud de las poblaciones. Madrid: Editorial Díaz Santos. 1996.
38. Zambrano A. Determinantes del estado de salud en Colombia y su impacto según área urbana y rural: una comparación entre 1997 y 2003. (monografía en Internet). Bogotá: Universidad del Rosario; 2001.
39. Hernández J. y Hernández ID. Una aproximación a los costos indirectos de la discapacidad en Colombia. (Revista en línea). Revista de Salud Pública. 2005.
40. Tovar LM, García GA. La percepción del estado de salud: una mirada a las regiones desde la encuesta de calidad de vida. 2003. (Libro en línea). En publicación: Documento de Trabajo # 90. CIDSE (Centro de Investigaciones y Documentación Socioeconómica): Colombia. 2006.
41. Obando AL, Lasso BA, Vernaza, PP. Discapacidad en población desplazada en el Cauca, Colombia. (Revista en línea). Revista de Salud Pública. 2006; 8182-190.
42. Papalia DE, Wendkos S, Duskin R. Desarrollo Humano. Octava Edición. México: McGraw-Hill. 2007.
43. Tovar LM. Determinantes del estado de salud de la población colombiana. Economía, gestión y desarrollo. (Revista en línea). Rev. Econ. Ed Universidad Javeriana; 2005. 1(3):125-151.
44. Rodríguez S. Barreras y determinantes del acceso a los servicios de salud en Colombia. 2010. (Tesis). Departamento de Economía Aplicada. Universitat Autònoma de Barcelona. E-08193 Bellaterra (Cerdanyola del Vallès).
45. Secretariat Commission on Social Determinants of Health, Towards a Conceptual Framework for Analysis and Action on the Social Determinants of Health. Draft discussion paper for the Commission on Social Determinants of Health.
46. Tarlov A. Social determinants of health: the sociobiological transla-

- tion. In: Blane D, Brunner E, Wilkinson R (eds.). London: Health and social organization. 2000: 71-93.
47. Organización Mundial de la Salud. Lograr la equidad en salud: desde las causas iniciales a los resultados justos. Declaración provisional. (sitio en Internet). (Consultado 1 diciembre 2012). Disponible en: www.who.int/mediacentre/events/2007/csdh/es/index.html
 48. Álvarez Castaño LS. Los determinantes sociales de la salud: más allá de los factores de riesgo. *Rev. Gerenc. Polit. Salud (online)*. 2009; 8(17)
 49. Dahlgren G, Whitehead M. Policies and strategies to promote social equity in health Stockholm. Stockholm: Institute of Futures Studies. 1991.
 50. Ávila-Agüero M. Hacia una nueva salud pública: determinantes de la salud. *Acta Méd. Costarric*. 2009; 51(2):71-73
 51. Solar O, Irwin A. Social determinants, political contexts and civil society action: a historical perspective on the Commission on Social Determinants of Health. In: *A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health*. Geneva. WHO. 2010.
 52. Mikkonen J, Raphael D. Social Determinants of Health: The Canadian Facts. Health Canada. *The Social Determinants of Health: an overview of the implications for policy and the role of the health sector*. (Libro electrónico). Toronto: York University School of Health Policy and Management. 2010.
 53. Borrell C, Malmusi D. La investigación sobre los determinantes sociales y las desigualdades en salud: evidencias para la salud en todas las políticas. Informe SEPAS 2010. *Gac Sanit*. 2010. doi: 10.1016/j.gaceta.2010.05.005.
 54. Kelly MP, Morgan A, Bonnefoy J, et al. Final report to World Health Organization Commission on the social determinants of health from measurement and evidence knowledge network. 2007.

55. Navarro V, editor. *The political and social contexts of health*. Amityville, New York: Baywood Publishing. 2004.
56. Whitehead M. The concepts and principles of equity and health. *Int J Health Serv*. 1992; 22:429-45. (E-book).
57. Dixon-Woods M, Agarwal S, Jones D, et al. Synthetising qualitative and quantitative evidence: a review of possible methods. *J Health Serv Res Policy*. 2005;10:45-53.
58. Clarke A, McCarthy M, Álvarez-Dardet C, et al. New directions in European public health research: report of a workshop. *J Epidemiol Community Health*. 2007; 61:194-7.
59. Graham H. Tackling inequalities in health in England: remedying health disadvantages, narrowing health gaps or reducing health gradients? *J Soc Policy*. 2004; 33:115-51.
60. Marmot M, Friel S, Bell R, et al. Commission on Social Determinants of Health. *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health*. *Lancet*. 2008; 372:1661-9.
61. Weber L. A conceptual framework for understanding race, class, gender and sexuality. *Psychology of Women Quarterly*. 1998; 22:13-32.
62. Weber L.A. Reconstructing the landscape of health disparities research. Promoting dialogue and collaboration between feminist intersectional and biomedical paradigms. In: Schulz AJ, Mullings L, editores. *Gender, race, class, and health. Intersectional approaches*. San Francisco: Jossey-Bass. 2006; 21-59.
63. Burke MA, Eichler M. Global Forum for Health Research. *The BIAS FREE Framework: a practical tool for identifying and eliminating social biases in health research*. Geneva: Global Forum for Health Research. 2006.
64. Sihto M. Reducing socioeconomic inequalities in health. *Health Policy Monitor*. 2007. (Consultado 10 julio 2011). Disponible en: <http://www.hpm.org/survey/fi/a9/2>.

65. National Institute for Health Research (UK). Delivering health research: progress report 2008/09. London: Department of Health. 2009.
66. Dunn JR, Dyck I. Social determinants of health in Canada's immigrant population: results from the National Population Health Survey. *SocSci Med*. 2000 Dec; 51(11):1573-93. Vancouver, Canadá.
67. Denton M. Las diferencias de género en los determinantes estructurales y de comportamiento de la salud: un análisis de la producción social de salud. *Ciencias Sociales y Medicina*. 1999; 48(9):1221-1235.
68. Denton M, Prus S, Walters V. Gender differences in health: a Canadian study of the psychosocial, structural and behavioral determinants of health. *Soc Sci Med*. 2004 Jun; 58(12):2585-600. McMaster University, Ont., Canada. PMID: 15081207.
69. Ham Chande R, Gutiérrez Robledo LM. Salud y envejecimiento en el siglo XX. *Salud Pública Méx.* (serial on the Internet). (Consultado 12 octubre 2012). Available from: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-6342007001000001&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0036-6342007001000001>
70. Commission on Social Determinants of Health. A conceptual framework for action on the social determinants of health. Geneva: WHO. 2007.
71. MINSA. Análisis y Tendencias en la utilización de los servicios de salud. Perú 1985-2002 Dirección General de Salud de las Personas. OPS/OMS, Lima, Perú. septiembre 2003.
72. Lip Licham C; Rocabado Quevedo, F. Cuadernos de Promoción de la Salud # 17: Determinantes sociales de la salud en Perú. (Revista en línea). Lima: Ministerio de Salud; Universidad Norbert Wiener; OPS. 2005. 84.

Cómo citar este capítulo:

Vélez Álvarez C, Vidarte Claros JA. (2018). La discapacidad: en la perspectiva de los determinantes sociales de la salud. In Pinillos Patiño Y, Herazo Beltrán Y, Vidarte Claros JA, Crissián Quiroz EM, Suárez Palacio D, García Puello F, et al. Caracterización de la discapacidad en el distrito de Barranquilla. Una mirada conceptual y experiencial. Barranquilla: Universidad Simón Bolívar, p. 75-143.